

**DIFERENCIAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE POBLACION
AFILIADA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO ESTRATO II EN
CALI, VALLE DEL CAUCA**

CONSTANZA DIAZ GRAJALES



**FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
PERIODO ACADEMICO: ENERO-JUNIO DE 2010
SANTIAGO DE CALI
2010**

**DIFERENCIAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE POBLACION
AFILIADA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO ESTRATO II EN
CALI, VALLE DEL CAUCA**

CONSTANZA DÍAZ GRAJALES

TESIS

**DIRECTORA
YOLANDA ZAPATA BERMÚDEZ, ENF., M.S.P.**



**FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
PERIODO ACADEMICO: ENERO-JUNIO 2010
SANTIAGO DE CALI
2010**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 21 junio, 2010

DEDICATORIA

A mis padres Vicente (QPD) y Alicia, por su amor, su sacrificio y su especial atención a mi formación profesional.

A mis hijos José Vicente y Ángela María, por su amor, solidaridad y confianza.

A mi esposo Jorge Raúl por su comprensión y apoyo incondicional.

A mi hermana Carmen Alicia y a mi sobrina Juliana por su invaluable apoyo en la convivencia.

AGRADECIMIENTOS

- A la Dra. Yolanda Zapata por sus aportes, confianza y dedicación.
- A la Dra. Ligia de Salazar por su confianza, enseñanzas y respaldo a través de CEDETES.
- Al Dr. Jorge Mejía por su apoyo y respaldo a través de CEMIYA.
- A la Vicerrectoria de Investigaciones de la Universidad del Valle por confiar en esta propuesta y respaldarla a través de la convocatoria interna.
- A Juan Carlos Aristizabal y Yamileth Ortiz por su respaldo técnico y su amistad.
- A todos los profesionales, estudiantes universitarios y personas de la comunidad quienes participaron en el trabajo de campo de esta investigación.
- A la Junta de Acción Comuna y a los habitantes del barrio República de Israel por aprobar y apoyar el desarrollo de esta investigación.

CONTENIDO

RESUMEN.....	25
INTRODUCCION	27
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
2. JUSTIFICACION	34
3. OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GENERAL	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4. MARCO TEÓRICO	39
4.1 EQUIDAD SOCIAL, DESIGUALDAD Y EQUIDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	39
4.2 DIMENSIONES DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS	41
4.3 CONCEPTOS, MODELOS Y RELACIONES ENTRE ACCESO, ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	43
4.4 NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD	48
4.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCESO A IGUAL NECESIDAD -EQUIDAD HORIZONTAL-.....	50
4.6 FOCALIZACIÓN E IGUALDAD MATERIAL	52
4.7 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN LA BÚSQUEDA DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS	52
5. METODOLOGIA.....	54
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	54

5.2	POBLACION Y MUESTRA.....	54
5.2.1	Población.....	54
5.2.2	Muestra.....	55
5.2.3	Criterios de inclusión y exclusión.....	56
5.3	DISEÑO MUESTRAL	57
5.3.1	Etapas del muestreo	58
5.4	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	59
5.5	LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	60
5.5.1	El diseño del instrumento	61
5.5.2	Selección y capacitación de los encuestadores	62
5.5.3	La prueba piloto y la aplicación de las encuestas	63
5.6	PLAN DE ANÁLISIS	63
6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	66
7.	RESULTADOS	68
7.1	ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA CON RELACIÓN AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.....	68
7.1.1	La Constitución Nacional de 1991.....	68
7.1.2	Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007	70
7.1.3	Beneficios del plan obligatorio de salud	73
7.1.4	Sentencia T760.....	84
7.2	CARACTERIZACIÓN DEMOGRAFICA Y SOCIOECONOMICA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO POR TIPO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	88

7.2.1	Aspectos demográficos y sociales.....	88
7.2.2	Aspectos generales de afiliación al sistema general de seguridad social en salud.....	92
7.2.3	Ubicación geográfica y frecuencia de uso de las IPS.....	104
7.2.4	Aspectos relacionados con la situación de salud.....	108
7.3	NECESIDADES DE ATENCIÓN SENTIDAS, EXPRESADAS Y ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPARATIVAS.....	117
7.3.1	Necesidad sentida, expresada y atendida de servicios de salud preventivos en los últimos tres meses entre los afiliados.	118
7.3.2	Necesidad sentida, expresada y atendida de servicios de salud curativos	134
7.3.3	Análisis de casos de uso y acceso a servicios formales de salud	148
7.4.	FACTORES QUE INFLUENCIAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LOS INDIVIDUOS ASEGURADOS, POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN.	173
7.4.1.	Acceso a información relevante para la exigibilidad del derecho en aseguramiento	173
7.4.2.	Factores que influyen el acceso a los servicios preventivos entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado	176
7.4.3.	Factores que influyen el acceso a los servicios curativos entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado	178
8.	DISCUSIÓN	230
8.1	LA POLÍTICA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	231
8.1.1	El paquete de servicios de salud	231
8.1.2	La obligatoriedad de la afiliación al Sistema.....	233
8.1.3	La libre escogencia y el acceso a información	235
8.1.4	La calidad y el acceso	236

8.2 ACCESO POTENCIAL: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	236
8.3 ACCESO POTENCIAL: CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA	240
8.4 ACCESO REALIZADO: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	241
8.4.1 Acceso realizado a los servicios preventivos	242
8.4.2 Acceso realizado a los servicios curativos.....	243
8.5. ACCESO REALIZADO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO	245
8.5.1 Financiación	246
8.4 VALIDEZ DEL ESTUDIO	248
8.5 PROYECCIONES DEL ESTUDIO	249
8.6 RELEVANCIA DE LOS RESULTADOS PARA LA SALUD PÚBLICA.....	249
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	251
BIBLIOGRAFIA	254

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. PORCENTAJE DE POBLACIÓN POR CICLO VITAL CON ALGÚN PROBLEMA DE SALUD Y PROPORCIÓN QUE CONSULTA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD. SANTIAGO DE CALI, 2001	32
TABLA 2. CONTENIDOS DEL POS-C Y EL POS-S TOTAL Y PARCIAL POR NIVELES DE COMPLEJIDAD	81
TABLA 3. COMPARATIVO DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR SEGÚN PARENTESCO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009 Y COMUNA 16, 2005. CALI 88	
TABLA 4. COMPARATIVO DE EDAD EN GRUPOS QUINQUENALES. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009 Y COMUNA 16, CENSO 2005. CALI	89
TABLA 5. COMPARATIVO DE ASEGURAMIENTO COMUNA 16, 2006, BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	94
TABLA 6. RÉGIMEN Y TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	95
TABLA 7. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS MÁS USADAS, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SEGÚN EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	97
TABLA 8. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS MÁS USADAS, RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN SEGÚN EMPRESA PROMOTORA DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	99
TABLA 9. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS MÁS USADAS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE ACUERDO CON LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	100
TABLA 10. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	101
TABLA 11. ESCOLARIDAD POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	101
TABLA 12. OCUPACIÓN POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	102

TABLA 13. POSICIONES OCUPACIONALES POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	103
TABLA 14. RÉGIMEN DE AFILIACIÓN POR OCUPACIÓN Y SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	103
TABLA 15. RÉGIMEN DE AFILIACIÓN POR POSICIONES OCUPACIONALES Y SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	104
TABLA 16. PADECIMIENTOS CRÓNICOS REPORTADOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	109
TABLA 17. PADECIMIENTOS CRÓNICOS POR GRUPOS DE EDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	110
TABLA 18. PADECIMIENTOS CRÓNICOS POR SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	111
TABLA 19. PADECIMIENTOS POR AFILIACIÓN AL SGSSS, SEGÚN CIE10. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	112
TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE LIMITACIONES. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	113
TABLA 21. LIMITACIONES POR GRUPOS DE EDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	113
TABLA 22. LIMITACIONES POR SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	114
TABLA 23. LIMITACIONES POR RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	115
TABLA 24. OCUPACIÓN Y RÉGIMEN DE PERSONAS CON AL MENOS UNA LIMITACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	115
TABLA 25. CONCEPTOS OPERATIVOS PARA NECESIDAD SENTIDA, DEMANDADA Y ATENDIDA EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	117
TABLA 26. PREVALENCIA DE NECESIDAD SENTIDA, DEMANDADA Y ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS SERVICIOS PREVENTIVOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	118

TABLA 27. VALORES P PARA NECESIDAD SENTIDA, DEMANDADA Y ATENDIDA EN SERVICIOS PREVENTIVOS POR RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	119
TABLA 28. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR GRUPOS DE EDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	121
TABLA 29. TIPO DE SERVICIOS PREVENTIVOS Y NECESIDAD SENTIDA SEGÚN SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	122
TABLA 30. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	123
TABLA 31. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	125
TABLA 32. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y EPS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	126
TABLA 33. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR TIPO DE AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	127
TABLA 34. TIPO DE PRESTADOR CONSULTADO POR SERVICIOS PREVENTIVOS SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	129
TABLA 35. USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN HOMBRES POR GRUPOS DE EDAD Y RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	132
TABLA 36. USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN MUJERES POR GRUPOS DE EDAD Y RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	133
TABLA 37. PREVALENCIAS DE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD Y NECESIDAD SENTIDA EXPRESADA Y ATENDIDA DE SERVICIOS CURATIVOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	135
TABLA 38. VALORES P PARA PROBLEMA DE SALUD, NECESIDAD SENTIDA, DEMANDADA Y ATENDIDA EN SERVICIOS CURATIVOS POR RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	136

TABLA 39. NECESIDAD SENTIDA DE CONSULTAR POR UN PROBLEMA DE SALUD SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y EPS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	137
TABLA 40. SEXO Y EDAD DE LOS AFILIADOS DE ACUERDO CON LA NECESIDAD SENTIDA DE CONSULTAR POR UN PROBLEMA DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	138
TABLA 41. PROVEEDOR DE SERVICIOS AL QUE QUERÍAN CONSULTAR SEGÚN SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	140
TABLA 42. DISTRIBUCIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS A QUIEN SE QUERÍA CONSULTAR POR GRUPOS DE EDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	140
TABLA 43. PROVEEDOR DE SERVICIOS QUE SE QUERÍA CONSULTAR SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	141
TABLA 44. LUGAR DONDE SE BUSCÓ AL PROVEEDOR DE SERVICIOS QUE QUERÍA CONSULTAR POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	143
TABLA 45. USUARIOS QUE BUSCARON EN SU RED DE SERVICIOS AL PROVEEDOR QUE QUERÍAN CONSULTAR, SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	146
TABLA 46. ANÁLISIS DE CASOS: EPS DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	149
TABLA 47. ESTUDIO DE CASOS: QUINCE PRIMERAS IPS CONSULTADAS POR LOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	150
TABLA 48. ESTUDIO DE CASOS: IPS CONSULTADAS POR LOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	153
TABLA 49. INCAPACIDAD DE LOS USUARIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS O SU TRABAJO POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	156
TABLA 50. ORDEN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	157

TABLA 51. TIPO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ORDENADAS A LOS USUARIOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	158
TABLA 52. TOMA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR LOS USUARIOS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	159
TABLA 53. RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	160
TABLA 54. REMISIÓN A ESPECIALISTA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	160
TABLA 55. ESPECIALISTA AL QUE FUERON REMITIDOS LOS USUARIOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	161
TABLA 56. ESPECIALISTA AL QUE FUERON REMITIDOS LOS USUARIOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	162
TABLA 57. ESPECIALISTA AL QUE FUERON REMITIDOS LOS USUARIOS SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	163
TABLA 58. ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI....	164
TABLA 59. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DONDE SE HOSPITALIZARON LOS AFILIADOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	165
TABLA 60. CAUSAS Y DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	168
TABLA 61. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	169
TABLA 62. CAUSAS DE CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	169
TABLA 63. CAUSAS DE CONSULTA AGRUPADAS, EVENTOS DE URGENCIA SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	170
TABLA 64. DIEZ PRIMERAS IPS DONDE SE CONSULTÓ POR URGENCIAS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	172

TABLA 65. RECONOCIMIENTO DE IPS EN LOS TRES NIVELES DE COMPLEJIDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	173
TABLA 66. REPORTE DE LOS ENCUESTADOS SOBRE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SOBRE LOS DERECHOS EN SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	175
TABLA 67. RAZONES PARA NO SENTIR LA NECESIDAD DE CONSULTAR A PESAR DE TENER UN PROBLEMA DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	178
TABLA 68. RAZONES PARA NO BUSCAR A LA PERSONA QUE QUERÍAN CONSULTAR SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	179
TABLA 69. TIPO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD DADA A LOS USUARIOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	181
TABLA 70. CALIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE CONSULTA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	183
TABLA 71. RESUMEN DE SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE CONSULTA POR RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	185
TABLA 72. RESUMEN DE LAS RAZONES PARA CONSULTAR UNA SEGUNDA PERSONA SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	187
TABLA 73. PROVEEDORES DE SALUD CONSULTADOS EN UNA SEGUNDA VEZ DEBIDO AL MISMO PROBLEMA DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	188
TABLA 74. RAZONES PARA NO TOMARSE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	190
TABLA 75. CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	192
TABLA 76. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	194

TABLA 77. RAZONES PARA NO RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	196
TABLA 78. CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS SERVICIOS DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	198
TABLA 79. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	199
TABLA 80. RAZONES PARA NO CONSULTAR AL ESPECIALISTA SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	202
TABLA 81. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ESPECIALISTAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	204
TABLA 82. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE ESPECIALISTAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	205
TABLA 83. TIEMPO TRANSCURRIDO ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN POR GRUPOS DE EDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	210
TABLA 84. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	211
TABLA 85. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	212
TABLA 86. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	217
TABLA 87. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	219
TABLA 88. DISTRIBUCIÓN DE LOS MONTOS PAGADOS SEGÚN TIPO DE SUBSIDIO REPORTADO POR LOS AFILIADOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	222
TABLA 89. PAGO POR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	224

TABLA 90. PAGO POR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN TIPO DE AFILIADO AL CONTRIBUTIVO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI 224

TABLA 91. REPORTE DE PAGO POR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ENTRE LOS AFILIADOS AL SUBSIDIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI 224

TABLA 92. PAGO POR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI..... 226

TABLA 93. PAGO POR LA CONSULTA CON ESPECIALISTA SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI..... 227

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 1.	DIMENSIONES DE LA EQUIDAD EN EL SECTOR SALUD.....	42
GRÁFICO 2.	MODELO DE ACCESO DE ADAY Y ANDERSEN	45
GRÁFICO 3.	SUCESIÓN DE ACONTECIMIENTOS Y MODELOS RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	48
GRÁFICO 4.	ETAPAS DE MUESTREO PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.	58
GRÁFICO 5.	RESUMEN DE VARIABLES DEL ESTUDIO	60
GRÁFICO 6.	COMPARATIVO PIRÁMIDES POBLACIONALES BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009 -- COMUNA 16, CENSO 2005. CALI	90
GRÁFICO 7.	COMPARATIVO NIVEL DE ESCOLARIDAD BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009 – COMUNA 16, CENSO 2005. CALI.....	91
GRÁFICO 8.	OCUPACIÓN, BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI..	92
GRÁFICO 9.	POSICIÓN OCUPACIONAL, REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009 – CALI, AM, 2008	93
GRÁFICO 10.	AFILIACIÓN AL SGSSS DE LA POBLACIÓN DEL BRI, 2009. CALI	93
GRÁFICO 11.	TIEMPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	96
GRÁFICO 12.	EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	97
GRÁFICO 13.	EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD, RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	99
GRÁFICO 14.	EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	99
GRÁFICO 15.	MAPEO DE UBICACIÓN DE LAS IPS QUE USAN LOS INSCRITOS EN EL CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO CON RESPECTO AL BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	105

GRÁFICO 16. MAPEO DE UBICACIÓN DE LAS IPS Y FRECUENCIA DE USO POR LOS INSCRITOS EN EL SUBSIDIADO CON RESPECTO AL BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	106
GRÁFICO 17. MAPEO DE UBICACIÓN DE LAS IPS Y FRECUENCIA DE USO POR LOS INSCRITOS EN EL CONTRIBUTIVO CON RESPECTO AL BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	107
GRÁFICO 18. AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	108
GRÁFICO 19. COMPARATIVO NECESIDAD SENTIDA Y NO PERCIBIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS ENTRE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	119
GRÁFICO 20. TIPO DE SERVICIOS PREVENTIVOS Y NECESIDAD SENTIDA. BARRIO REPÚBLICA DE ISAREL, 2009. CALI	121
GRÁFICO 21. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	125
GRÁFICO 22. NECESIDAD SENTIDA, EXPRESADA Y ATENDIDA EN SERVICIOS PREVENTIVOS EN LA POBLACIÓN AFILIADA ENCUESTADA. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	130
GRÁFICO 23. USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN HOMBRES POR GRUPOS DE EDAD Y RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	132
GRÁFICO 24. USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN MUJERES POR GRUPOS DE EDAD Y RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	133
GRÁFICO 25. COMPARATIVO DE PROBLEMAS DE SALUD SENTIDOS ENTRE EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	136
GRÁFICO 26. PROVEEDOR DE SERVICIOS AL QUE QUERÍAN CONSULTAR LAS PERSONAS QUE TUVIERON UN PROBLEMA DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	139
GRÁFICO 27. PROVEEDOR DE SERVICIOS QUE SE QUERÍA CONSULTAR SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISAREL, 2009. CALI	142

GRÁFICO 28. LUGAR DONDE SE BUSCÓ AL PROVEEDOR DE SERVICIO QUE QUERÍA CONSULTAR EL AFILIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	145
GRÁFICO 29. COMPARATIVO POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE TUVO UN PROBLEMA DE SALUD, SINTIÓ LA NECESIDAD DEL SERVICIO, LO DEMANDÓ Y FUE ATENDIDA. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	147
GRÁFICO 30. ANÁLISIS DE CASOS: DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS USUARIOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	148
GRÁFICO 31. ESTUDIO DE CASOS: MAPEO DE IPS Y CONCENTRACIÓN DE USO POR LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	152
GRÁFICO 32. ESTUDIO DE CASOS: MAPEO DE IPS Y CONCENTRACIÓN DE USO POR LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	154
GRÁFICO 33. TIPO DE PROBLEMAS DE SALUD POR LOS CUALES CONSULTARON LOS USUARIOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	155
GRÁFICO 34. DÍAS DE INCAPACIDAD DE LOS USUARIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	157
GRÁFICO 35. TIPO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ORDENADAS A LOS AFILIADOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	158
GRÁFICO 36. CAUSA DE LA HOSPITALIZACIÓN POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	166
GRÁFICO 37. DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	167
GRÁFICO 38. FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ACUERDO CON EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	172
GRÁFICO 39. IPS, AGRUPADAS POR NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN RECONOCIMIENTO DE LA RED POR LOS ENCUESTADOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	174

GRÁFICO 40. BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	176
GRÁFICO 41. BARRERAS PARA ACCEDER AL PROVEEDOR DE SERVICIOS CURATIVOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	181
GRÁFICO 42. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE CONSULTA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	186
GRÁFICO 43. LUGAR DONDE BUSCÓ EL SEGUNDO PROVEEDOR QUE CONSULTÓ POR EL MISMO PROBLEMA DE SALUD. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	189
GRÁFICO 44. RAZONES PARA NO TOMARSE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	190
GRÁFICO 45. BARRERAS IDENTIFICADAS PARA EL ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	191
GRÁFICO 46. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	195
GRÁFICO 47. BARRERAS DE ACCESO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	197
GRÁFICO 48. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	201
GRÁFICO 49. BARRERAS PARA NO CONSULTAR A LOS ESPECIALISTAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	203
GRÁFICO 50. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE ESPECIALISTAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	207
GRÁFICO 51. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL MOMENTO EN QUE SE RECIBE LA ORDEN Y EL MOMENTO DE SER HOSPITALIZADO SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI.....	209

GRÁFICO 52. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	214
GRÁFICO 53. TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA ATENCIÓN DEL MÉDICO SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	216
GRÁFICO 54. SATISFACCIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRTAEL, 2009. CALI	219
GRÁFICO 55. MONTOS PAGADOS POR EL SERVICIO DE CONSULTA EN EL ÚLTIMO MES. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	222
GRÁFICO 56. MONTOS PAGADOS POR LA SEGUNDA ATENCIÓN RECIBIDA. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	223
GRÁFICO 57. VALORES CANCELADOS POR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	225
GRÁFICO 58. MONTOS PAGADOS PARA LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009 CALI	226
GRÁFICO 59. MONTOS PAGADOS POR LA CONSULTA CON ESPECIALISTA SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	227
GRÁFICO 60. PAGOS REALIZADOS POR LA HOSPITALIZACIÓN DE ACUERDO CON EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	228
GRÁFICO 61. MONTOS PAGADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI	229
GRÁFICO 62. RESUMEN CONTENIDOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD	233

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO A. TABLA OPERACIONAL DE VARIABLES
- ANEXO B. INSTRUMENTO
- ANEXO C. LIBRO DE CÓDIGOS
- ANEXO D. LISTA DE MANZANAS Y VIVIENDAS POR MANZANA SELECCIONADA
- ANEXO E. INFORME DE TRABAJO DE CAMPO
- ANEXO F. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
- ANEXO G. LISTADO DE EXCLUSIONES Y LIMITACIONES POS-C
- ANEXO H. TABLAS ADICIONALES

RESUMEN

Objetivo. Identificar las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre población afiliada al régimen contributivo y subsidiado de un barrio estrato moda II de la Comuna 16 de Cali, 2009

Materiales y Métodos. Estudio observacional de corte transversal; diseño muestral probabilístico, de muestras complejas, estratificado, de cuatro etapas de selección para llegar al individuo. Se encuestaron 2.165 personas, muestra suficiente para todos los requerimientos de estimación estadística. Para el procesamiento de la información (prevalencias y análisis bivariado), fue necesario además del cálculo del factor de expansión y el correspondiente ajuste por postestratificación, la multiplicación del ponderador resultante por el factor n/N . Se analizó el contenido de la política de prestación de servicios; se caracterizó socio demográficamente la población y se describieron las variables del modelo de acceso de Aday y Andersen (1995) complementado con la propuesta de medición de accesibilidad de Frenk (1992).

Resultados. La política de prestación de servicios de salud marca diferencias para los grupos estudiados en contenido, financiación y organización, las cuales vulneran la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia y la calidad; se encontraron diferencias significativas con respecto a la necesidad de consultar servicios preventivos, siendo la prevalencia más alta en el régimen contributivo; no así frente a la demanda y a la atención. Hay diferencia significativa favorable al régimen contributivo para “sentir la necesidad de consultar por un problema de salud”. Menos de una quinta parte de la población siente la necesidad, expresa y demanda servicios preventivos y alrededor de una decima parte siente la necesidad de consultar, demanda y usa servicios curativos. Más del 95% de la población de ambos regímenes que demanda un servicio preventivo o curativo es atendida.

Conclusiones. La entrada al sistema opera para quien expresa la necesidad; el acceso potencial y real a los servicios de salud de la población estudiada es diferente según el tipo de aseguramiento, las diferencias afectan especialmente al régimen subsidiado y se constituyen en desigualdades en unos casos e inequidades en otros, dependiendo de las condiciones de vida, las necesidades de la población y la respuesta institucional. Si bien los hallazgos del estudio no son inferibles a todo el país, revelan fallas estructurales del Sistema que coinciden con los hallazgos de investigaciones realizadas en Colombia y pudieran extrapolarse a otras regiones.

PALABRAS CLAVES

Política de salud, salud pública, seguridad social, equidad en el acceso, accesibilidad a los servicios de salud, necesidades y demandas de servicios de salud, utilización.

Health Policy, public health, social security, equity in access, health services accessibility, health services needs and demand, utilization.

INTRODUCCION

Las reformas en el sector de la salud pública implican la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel es cumplir las Funciones Esenciales en Salud Pública; al respecto, una de las competencias de la autoridad sanitaria es el desarrollo de la capacidad institucional en materia de supervisión de la compra y de armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad.

De acuerdo con sus finalidades principales, una de las prácticas sociales relacionadas con la salud pública es la “la atención a las necesidades y demandas de salud”, es decir, la forma en que la sociedad y sus miembros reconocen los problemas de salud y las necesidades de atención y la forma en que esta organiza la oferta de servicios para responder a las demandas y problemas y como la sociedad usa los sistemas de salud y de atención en salud¹.

En este marco, la equidad es definida como condición necesaria y estratégica para alcanzar acceso universal a la atención, según las necesidades y posibilidades existentes y por consiguiente en una estrecha relación entre la salud pública y las prácticas sociales que favorecen o no la salud. Los criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria en los países en desarrollo² relacionados con la reducción de los obstáculos financieros al acceso a los servicios necesarios y con el alcance de las prestaciones y la diferenciación, especifican la necesidad de que toda la población reciba un conjunto básico de servicios (prestaciones uniformes), recomendación que sigue la reforma colombiana en el nivel primario de atención.

La Secretaria Municipal de Salud de Santiago de Cali avanza en el diseño de un modelo de salud dirigido a reducir las inequidades en salud; sin embargo, Cali no cuenta con información local que muestre la situación en materia de acceso a los servicios de salud para la población más pobre y vulnerable desagregada por tipo de régimen de afiliación.

Por todo lo anterior, se hace necesario establecer las necesidades sentidas de la población en materia de acceso a servicios de salud y verificar si en condiciones reales ésta está demandando y recibiendo servicios de salud en respuesta a sus necesidades, más aún cuando, según planeación municipal, para el 2005, el 32% de la población del municipio estaba clasificada en el estrato social II, lo cual significa una importante proporción de población vulnerable; la pobreza en Cali se ha incrementado en los últimos años. En 1998 el porcentaje de personas en situación de pobreza fue de 39% y en el 2004, de 67.5%³.

El propósito del estudio fue determinar, desde la perspectiva de los usuarios, las diferencias en el acceso a los servicios de salud por tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS, en hogares estrato II de la Comuna 16 de Santiago de Cali.

Este trabajo ha sido desarrollado en el marco de la convocatoria interna de la Universidad del Valle a través del Centro para el desarrollo y evaluación en políticas y tecnologías en salud pública CEDETES y del Centro CEMIYA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema de salud colombiano ha vivido dos momentos en cuanto a avance de cobertura, el primero entre 1994 y 1997 cuando en el régimen subsidiado, al igual que en el contributivo, se observó un importante de crecimiento a partir de nuevos recursos y desde el 2005 cuando se materializó la voluntad política en cuanto a la cobertura del régimen subsidiado y se presentó un mejor comportamiento del empleo y por consiguiente una mayor afiliación al régimen contributivo⁴. Es de anotar que con relación a la fuerza laboral del país, según los estudios de Clavijo, 2002 y Acosta y Ayala, 2001, citados por el GES (2007), la cobertura apenas supera el 30%; los afiliados activos al ISS crecieron en una tasa promedio del 3% entre el 1999 y 2006, mientras que para los fondos privados de pensiones, AFP, este crecimiento ha sido del 11%; en general para las afiliaciones al ISS y a los fondos privados, la cobertura ha aumentado en un 5% a lo largo del período. Algunos estudiosos del Sistema afirman que no hubo un aumento real de cobertura sino un desplazamiento de la demanda atendida por el sistema de salud a las nuevas organizaciones; es decir, que la población pobre ya estaba siendo atendida por las instituciones públicas antes de la reforma.

Si bien, los resultados obtenidos en cobertura se acompañan de mejoras en la equidad en el financiamiento del sistema debido al ejercicio del principio de solidaridad en las contribuciones, en cuanto al acceso no hay evidencias contundentes sobre mejoras similares pues dada la inequidad en la forma como se distribuye el gasto público en salud, en total los quintiles cuatro y cinco reciben más que el quintil uno, esto profundiza las desigualdades existentes y hace el sistema de salud injusto⁵. Por otra parte, la mayoría de los estudios relacionados con el acceso en Colombia se centran en el acceso al sistema o en exploraciones específicas a los programas y servicios, adicionalmente se percibe que el interés de los estudios se inclina hacia una perspectiva institucional, más individual y poco exploran las perspectivas de la población.

Los problemas de acceso se profundizan en las zonas rurales y por las diferencias entre los planes de beneficio. El Sistema General de Seguridad Social en el tema de aseguramiento en salud define dos paquetes de servicios, el Plan Obligatorio de Salud para el régimen contributivo, POS-C, y el Plan Obligatorio de Salud para el régimen subsidiado, POS-S, dirigidos a poblaciones diferentes, esta decisión implica diferencias en los contenidos y por consiguiente afecta el acceso a los servicios especialmente en los niveles II y III de atención. El nivel I, también llamado de prestaciones básicas, es similar para ambos regímenes, sin embargo, se desconocen las diferencias que para acceder a la prestación de los servicios experimentan las poblaciones de usuarios pobres afiliadas a ambos regímenes.

Los análisis de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997, realizada por el DANE, muestran una mayor utilización de servicios por problemas de salud a medida que se incrementa la edad y el gasto, del quintil dos en adelante y por el sexo femenino. La utilización de servicios de promoción y prevención o consulta preventiva presenta resultados similares a los de la utilización por problemas de salud.⁶

Un evaluación del acceso real y potencial en términos cualitativos, hecha por investigadores de la Universidad Javeriana⁷ para Colombia y publicada en 1999, para el régimen subsidiado, concluyó que el aseguramiento no ha generado una demanda explosiva de servicios por parte de las poblaciones carentes de ellos, debido, entre otras razones, a la falta de información, la incredulidad frente a las instituciones públicas y al mismo sistema o, a esquemas de contención de la demanda por parte de las ARS.

Por otra parte, la tesis doctoral de Teresa Tono⁸ publicada en el 2000, en la cual analiza el acceso a los servicios de salud usando los datos de la encuesta nacional de hogares de 1994 concluye que el ingreso tiene un efecto tanto sobre el uso de la consulta médica como sobre las hospitalizaciones, que la disponibilidad de proveedores de servicios tiene un efecto sobre el uso de la consulta mas no sobre el uso de las hospitalizaciones y que los efectos del ingreso son más fuertes que los efectos de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de la consulta médica, por lo tanto la investigación recomienda al país, continuar la implementación de la política de subsidios directos a los individuos como mecanismo para mejorar el acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, dado el efecto positivo que tiene la disponibilidad de proveedores sobre la consulta médica, la investigadora sugirió la implementación de una política de mejoramiento de la oferta de servicios ambulatorios; deberían proveerse recursos para una mejor distribución y soporte de centros de salud, especialmente donde no hay otros proveedores, tales como en las áreas pobres de las ciudades. Es importante anotar que en la investigación citada no es posible relacionar los hallazgos con la eficacia de la estrategia de aseguramiento implementada en el país a partir de 2005, dado que se usaron los datos de la encuesta de hogares de 1994⁹.

El estudio realizado por Restrepo et al. (2005) sobre las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003, muestra que mientras entre las personas del régimen contributivo que manifestaron estar enfermas en 1997, cerca del 84% asistieron a los servicios de salud, esta cifra se situó en el 70% para las personas del régimen subsidiado. En 2003, se presentó una disminución en la variación de las diferencias – 84 y 74% respectivamente -. Los motivos de esta situación en 1997, para el régimen contributivo, tienen que ver con la necesidad percibida (caso leve) o la falta de tiempo, mientras que para el régimen subsidiado fue la causa de dinero en primer lugar (44%) y la necesidad percibida (27%). En el 2003, para el

régimen subsidiado, la falta de dinero bajo a un 30% y se encontró un incremento en las necesidades percibidas del 27% (1997) al 39%.¹⁰

La revisión de literatura sobre estudios municipales relacionados con el acceso, la accesibilidad o la utilización de servicios de salud muestra los problemas en el ámbito municipal. Se encontraron varios estudios, los cuales se presentan a continuación, éstos se aproximan al tema del acceso o la accesibilidad, sin embargo no estudian el acceso desde las necesidades de los usuarios ni comparan lo que están sucediendo con los dos regímenes entre poblaciones pobres. En muchos casos los estudios sobre acceso de tipo económico analizan lo que sucede entre diferentes estratos socioeconómicos.

Un estudio desarrollado en Medellín¹¹ con el objeto de evaluar la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado, en la población más pobre y vulnerable, determinó las siguientes situaciones, las cuales limitan la accesibilidad a los servicios de salud: aunque la población más pobre y vulnerable de Medellín que logra afiliarse al régimen subsidiado mejora sustancialmente en la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud con relación a los no asegurados, los hallazgos del estudio revelaron en los subsidiados, insuficiente información (por debajo del 60%) sobre derechos, deberes y beneficios, 56.8% desconocen sus derechos y 72.4% sus deberes; imposibilidad de elegir la Administradora del Régimen Subsidiado, poca o nula participación en organizaciones comunitarias tipo veedurías y asociaciones de beneficiarios y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención.

Una investigación realizada en Cali¹² y publicada en el 2001, la cual señala las prevalencias de factores de riesgo y morbilidad sentida por grupos de edad dentro de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali, así como el uso de servicios de salud, mostró --por ciclo vital-- problemas importantes en el uso de los servicios de salud. La Tabla 1, resume los resultados del estudio con relación a la población que presentó algún problema de salud en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta y la proporción de ésta que consultó a una institución de salud.

Entre los datos del estudio, llama la atención como del total de los niños con edades entre el primer mes de vida y menores de cuatro años, solo 16% tenían esquema de vacunación completo.

En Manizales¹³, una investigación realizada con el propósito de estimar el grado de utilización del programa de promoción y prevención por parte de la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, e identificar los factores determinantes del uso de los mismos, encontró una baja utilización de los servicios para ambos regímenes, sin embargo, el mayor porcentaje de utilización prevalece en el régimen subsidiado; las mayores diferencias fueron en vacunación y en crecimiento y desarrollo; solo en las acciones de examen de próstata,

atención del adulto mayor y salud visual y auditiva, el porcentaje fue superior para el contributivo.

Tabla 1. Porcentaje de población por ciclo vital con algún problema de salud y proporción que consulta en una institución de salud. Santiago de Cali, 2001

Ciclo vital	% con algún problema de salud en las últimas dos semanas	% que acudió a una institución de salud
Lactante y menor de cuatro años	74.6	57.4
Escolar	70.3	38.0
Adolescente	60.0	30.0
Adulto	71.2	20.7
Adulto mayor	94.0	93.0

Fuente. Rendón, L.F; Miyerlandi, T; Llanos, G. (2001). Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali. Colombia Med; vol 32 No.1. pp 57-64.

En el 2003, un estudio sobre oportunidades perdidas de atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud en Sincelejo¹⁴, reveló una oferta institucional de atención en salud menor que la demanda, una alta proporción de oportunidades perdidas de atención en salud (64%) y una baja satisfacción de los usuarios que demandaron atención y no la obtuvieron (43.6%), relacionadas con factores institucionales controlables y reducibles, afines con la cultura organizacional y con la eficiencia institucional, coincidiendo con el estudio de Manizales en la baja demanda de los programas de promoción y prevención (1%). La situación encontrada afectó la accesibilidad a los servicios de salud al no obtenerse la prestación efectiva de atención en salud.

Para algunos autores, el modelo de salud, al estar orientado por la lógica del mercado, origina inequidades propias en su concepción, reflejadas en diferencias de beneficios y calidad, al establecer salud para ricos (medicina prepagada), salud para trabajadores (régimen contributivo), salud para pobres (régimen subsidiado) y excluyendo un sector importante de la población (vinculados o pobres aún no asegurados); no tiene en cuenta las especificidades regionales, ni de género, ni culturales, homogeniza por el rasero económico; finalmente los que más tienen se ven favorecidos a expensas de los que menos tienen.¹⁵

Indicadores como la tasa de prevalencia de cobertura en el aseguramiento, las prevalencias ajustadas por edad, género y actividad restringida, correspondientes a las razones para no utilizar los servicios de salud, la probabilidad ajustada de utilización de servicios hospitalarios en el último año y la probabilidad ajustada de

utilización de servicios de salud ambulatorios en los últimos quince o treinta días han sido usados, entre otros, en los diferentes estudios para concluir los problemas de acceso a los servicios de salud.

Los estudios presentados han sido hechos en los ámbitos, nacional, regional y local y observan la situación general o por tipo de vinculación al Sistema, en poblaciones con características sociales y económicas diferentes y en muchos casos desde una perspectiva institucional. A pesar de esto, la información permite suponer que existen problemas de accesibilidad a los servicios de salud para ambos regímenes con diferencias en variables como sexo, edad, ingresos, ubicación de la vivienda con respecto a la institución de salud y tipo de área geográfica. Algunos de estos problemas son debidos a la estructura del sistema de salud, otros a las características de los servicios de salud y otros a las de la población. Sin embargo, se desconoce qué tipo de diferencias se presentan en el acceso a los servicios de salud entre población pobre y vulnerable afiliada al régimen contributivo y al subsidiado, la cual bajo el principio de la equidad horizontal debería tener igual acceso a igual necesidad.

Pregunta de Investigación

Se estableció como pregunta de investigación: ¿Qué diferencias en el acceso a los servicios de salud **preventivos y curativos** se presentan entre la población afiliada al régimen contributivo y la afiliada al régimen subsidiado del barrio República de Israel, de la comuna 16 de Santiago de Cali?

2. JUSTIFICACION

En su capítulo 6, “Una sociedad incluyente es saludable”, el informe Desarrollo Humano para el Valle del Cauca, 2008, afirma como a pesar del incremento en las coberturas de aseguramiento aún son grandes las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, se reconocen como variables que generan exclusión, las barreras culturales, sociales, económicas y geográficas, y los sesgos en la organización y orientación de los servicios de salud asociados con un esquema de compra-venta de servicios médicos.

Se expresa en el mismo informe, que *“el sector salud sigue siendo inequitativo en términos de aseguramiento (acceso financiero) y de servicios (beneficios de afiliación) para la población más pobre. Más grave aún es el comportamiento excluyente de algunas EPS que niegan el derecho adquirido de sus usuarios en aras de la “eficiencia” económica, creando barreras y subterfugios para no entregar o demorar los servicios a sus beneficiarios. De allí que los usuarios tengan que usar el recurso jurídico de la tutela para hacer valer sus derechos ante las EPS. Esta decisión política de sistemas diferenciales de beneficios del aseguramiento creó barreras de acceso por limitación de la oferta, selección adversa de prestadores y aseguradores y servicios diferenciales. Además, debilitó los esquemas preventivos y de promoción de la salud”*.*

Es de esperar que la situación del país y la del municipio de Cali sea similar a lo expuesto en el informe, por lo tanto, el acceso a servicios de salud, bajo el principio de igualdad para la universalidad de la atención, es un desafío para los sistemas de salud. Colombia ha logrado operar el principio de la financiación solidaria, aunque la cobertura del aseguramiento no sea universal ni equitativa. Los indicadores de salud pública han sido afectados por la pobre oferta de servicios preventivos y las barreras administrativas, geográficas y culturales que experimenta la población afiliada a ambos regímenes cuando decide demandar servicios de salud, varias publicaciones sobre el caso colombiano así lo demuestran ^{16, 17, 18}.

Un estudio realizado en el país sobre mortalidad evitable¹⁹, que analizó información entre 1985 y 2001, concluye *“(a) se observa un marcado deterioro en el control de causas controlables de muerte que venían disminuyendo en Colombia antes de 1990, muchas de las cuales son responsabilidad directa del sistema de salud y (b) que los cambios en las políticas sociales y sanitarias en los últimos años, no se han reflejado en un mejoramiento de la tendencia de las muertes que son evitables”*.

* PNUD. Informe Regional de Desarrollo Humano 2008. Hacia un Valle del Cauca incluyente y pacífico. Julio de 2008. Disponible en <http://www.idhvalle-pnud.org/informe.html>

La Universidad de Antioquia en el Foro Nacional *Así Vamos en Salud*, realizado en septiembre de 2006, mostró con indicadores el retroceso en la salud pública en el país, volviendo a cifras como las que había hace 10 años, en un contexto de deterioro socioeconómico, aumento de la pobreza, predominio de intereses económicos, baja capacidad técnica de los entes territoriales y conflicto de intereses entre los actores del sistema.

En cuanto a salud sexual y reproductiva, la proporción de adolescentes que alguna vez ha estado embarazada tuvo un incremento entre 1990 y 2005, cercano a los 20 puntos porcentuales²⁰; los cambios en la tasa de mortalidad materna no son significativos ya que el resultado del indicador al 2002 es similar al de hace 18 años (1985), además, su estructura está fundamentalmente en las causas directas, lo cual tiene que ver directamente con la prestación de servicios de salud y está muy concentrada en las zonas del país con más depresión socioeconómica²¹. Hay una ganancia en lo que es el porcentaje de atención prenatal y de partos atendidos por personal calificado como médicos y enfermeras.

En cuanto a la salud de los niños, en mortalidad infantil, del año 95 al 2005 la disminución fue muy leve y entre el 2000 y el 2005 está casi paralela²². Varios estudios relativamente recientes muestran los problemas en la equidad y el acceso a la vacunación en el país. “Las limitaciones del sistema en la oferta, la irregularidad en la provisión de vacunas y fallas en la información a la comunidad han sido limitantes para el acceso y la cobertura de la vacunación en Bogotá”²³; en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 realizada por Profamilia, sólo el 58% de los niños encuestados tenía esquema de vacunación completo; en cobertura de vacunación, el dato del 2005 es similar al del año 95 y se presentan inequidades: hay zonas donde las coberturas son menores al 60%²⁴.

En cuanto a la tuberculosis, al igual que hace 9 años, la incidencia se mantiene todavía alta²⁵. Las inequidades regionales en las principales morbilidades en la infancia, en la enfermedad diarreica aguda y en tuberculosis, tienen incluso un incremento del año 90 a 2005²⁶. Con respecto a la malaria, el dato del 2005 es similar al del año 93 con municipios que concentran el mayor porcentaje²⁷. La relatoría del Foro Nacional *Así Vamos en Salud*, de 2006, recoge de la ponencia de la Dra. Molina la siguiente afirmación: *“Hay una búsqueda de eficiencia institucional que se centra en dos elementos: la negación de servicios y las condiciones laborales y salariales... En la reestructuración de hospitales se desmontaron los programas de promoción y prevención ya que no eran rentables ni se podían facturar, esto provocó pérdida de oportunidad de vacunación, por ejemplo ...”*

La Secretaría Municipal de Salud de Santiago de Cali avanza en el diseño de un modelo de salud para la ciudad, dirigido especialmente a reducir las inequidades

en salud; sin embargo, Cali no cuenta con información local que muestre la situación en materia de accesibilidad a los servicios de salud para la población más pobre y vulnerable desagregada por tipo de régimen de afiliación.

Los criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria en los países en desarrollo²⁸ relacionados con la reducción de los obstáculos financieros al acceso a los servicios necesarios y con el alcance de las prestaciones y la diferenciación, especifican la necesidad de que toda la población reciba un conjunto básico de servicios (prestaciones uniformes), recomendación que sigue la reforma colombiana en el nivel primario de atención.

Por otra parte, la Función Esencial de Salud Pública N. 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios, motiva a la autoridad sanitaria a promocionar la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios; a desarrollar acciones dirigidas a superar los obstáculos de acceso, a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud y a seguir y evaluar el acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados ... con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.²⁹

Es posible que el modelo de competencia de mercado sobre los cuales se sustenta la reforma en salud colombiana, pueda comprometer la equidad y la universalidad de los servicios de salud, por lo tanto la medición frecuente de las desigualdades e inequidades en salud tanto en la capacidad de utilizar los servicios como en la capacidad de beneficiarse del Sistema es necesaria³⁰.

Por todo lo anterior, se hace necesario desarrollar estudios como éste que establecen las necesidades sentidas de la población en materia de acceso a servicios de salud y verifican si en condiciones reales ésta está demandando y recibiendo servicios de salud en respuesta a sus necesidades, más aún cuando, según planeación municipal, para el 2005, el 32% de la población del municipio estaba clasificada en el estrato social II*, lo cual significa una importante proporción de población vulnerable; la pobreza en Cali se ha incrementado en los

* *“La estratificación socioeconómica es una política pública implementada en las ciudades colombianas desde los años ochenta y formalizada en 1994 por medio de la nueva ley de Servicios Públicos. Consiste en un sistema de clasificación de las viviendas de las ciudades colombianas en categorías definidas por la calidad del entorno y de los materiales empleados, con el fin de otorgar subsidios a los residentes más pobres. Se organiza como un esquema de subsidios cruzados en el cual los estratos superiores pagan costos más altos por el mismo servicio que los estratos bajos. Se asume que las residencias en las cuales viven los distintos hogares reflejan el poder de pago de sus ocupantes”.* Fuente: Uribe-Mallarino C. Estratificación social en Bogotá: de la política pública a la dinámica de la segregación social. Universitas humanística no.65 enero-junio de 2008 pp: 139-171 Bogotá - Colombia

últimos años. En 1998 el porcentaje de personas en situación de pobreza fue de 39% y en el 2004, de 67.5%³¹.

Se espera que este trabajo, provea a los tomadores de decisión en Cali de información que visibilice indicadores de acceso a servicios de manera que éstos analicen y definan intervenciones, estrategias y formas de organización capaces de disminuir y controlar las desigualdades al respecto.

“No es posible programar e implantar medidas eficaces en el acceso a servicios de salud destinadas a las poblaciones en mayor riesgo sin que primero se identifiquen las brechas entre los individuos que reciben uno u otro plan y en la presencia de sus factores determinantes”³². Revelar los principales factores determinantes de las inequidades facilita la adopción de cambios de políticas y de intervenciones eficaces.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado en el barrio República de Israel, estrato II, de la Comuna 16 de Santiago de Cali.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar y **analizar el contenido de** la política pública con relación al acceso a los servicios de salud en Colombia.
2. Caracterizar socioeconómica y demográficamente la población sujeto de estudio por tipo de afiliación al SGSSS.
3. Identificar en los individuos asegurados y por régimen de afiliación, las necesidades de atención sentidas, expresadas (demanda) y resueltas por los servicios de salud.
4. Identificar los factores que influyen el acceso a los servicios de salud, en los individuos asegurados, por régimen de afiliación.
5. Relacionar la necesidad comparativa, la demanda comparativa y los servicios recibidos por régimen de afiliación.

4. MARCO TEÓRICO

La OPS/OMS en su documento técnico CD 42/15 de 2002, concluye como las reformas en el sector de la salud pública implican la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel es cumplir las Funciones Esenciales en Salud Pública. Una de las competencias sustantivas propias e indelegables de la autoridad sanitaria en cumplimiento de la rectoría del sistema de salud es el desarrollo de la capacidad institucional en materia de supervisión de la compra y de armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad. En este marco, la equidad es definida como condición necesaria y estratégica para alcanzar acceso universal a la atención, según las necesidades y posibilidades existentes y por consiguiente en una estrecha relación entre la salud pública y las prácticas sociales que favorecen o no la salud.³³

De acuerdo con sus finalidades principales, se reconocen cuatro grupos de prácticas sociales, entre estos, el que compete estrechamente a la presente propuesta de investigación: *“la atención a las necesidades y demandas de salud”*, es decir, la forma en que la sociedad y sus miembros reconocen los problemas de salud y las necesidades de atención y la forma en que esta organiza la oferta de servicios para responder a las demandas y problemas y como la sociedad usa los sistemas de salud y de atención en salud.³⁴

Dada la relación que los principios de las reformas en salud han establecido entre la equidad y el acceso a los servicios de salud, el presente marco teórico desarrollará algunos referentes conceptuales al respecto antes de profundizar en el tema del acceso, objeto de la presente propuesta de investigación.

4.1 EQUIDAD SOCIAL, DESIGUALDAD Y EQUIDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

*“La equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse”*³⁵.

Es importante diferenciar el concepto de equidad en el acceso a servicios de salud del concepto de la equidad social en salud, la cual es definida como la ausencia de disparidades o desigualdades sanitarias que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias y que sistemáticamente agobian a las

poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen³⁶.

El concepto de equidad en salud es polisémico y relativo, dado que está determinado por el contexto social en el que se pretende definir. Aunque hay dos formas de emplear el término, para transmitir un sentido de justicia o para indicar igualdad, sin embargo, ambos usos tienen significados muy diferentes: igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad. En diferentes situaciones lo que es “igual” no es necesariamente equitativo y lo que es “desigual” puede ser equitativo; el dilema lo resuelve una justificación ética. Desigualdad indica diferencias sistemáticas, evitables y pertinentes entre los miembros de una población; mientras que inequidad implica diferencias o variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas³⁷.

La asociación de equidad con justicia social es vista desde tres perspectivas: (1) la teoría de la distribución de bienes primarios desarrollada por Rawls, J. (1985), la de las capacidades básicas desarrollada por Sen, A. (1992) y la de las realizaciones fundamentales que son de responsabilidad social según Feurbaey, M, citado por Porto, S. (2002).

En la primera, los bienes primarios se definen como aquellos que todos los individuos prefieren tener más que menos, por ejemplo: riqueza, posición social, oportunidades, habilidades, libertad e incluso auto-respeto.

En la segunda, las capacidades básicas son las que implican la efectiva oportunidad de consecución del bienestar para el individuo y la transformación eventual de bienes en funciones necesarias para la vida, las cuales tienen una serie de determinaciones. Aquí, el principio fundamental para obtener equidad es compensar las desigualdades en las capacidades básicas, pero garantizando la libertad de elección.

En la tercera, las realizaciones fundamentales son aquellas relacionadas con recursos distribuibles y no distribuibles, como talentos, los cuales justifican la intervención pública, con resultados que dependen de ciertos centros de decisión social.

Gravelle³⁸ et al plantean otra perspectiva de construcción de la equidad, la cual define con precisión los conceptos de desigualdad e inequidad en el consumo de salud y a partir de un modelo de maximización del bienestar derivan las condiciones que deben cumplirse para que se alcance la utilización de los servicios de salud socialmente óptima.

La equidad en el acceso a prestaciones o servicios de salud parte del concepto de que las necesidades de servicios de salud en los miembros de una sociedad son

generalmente diferentes, por lo tanto, se refiere a los niveles de acceso, utilización y financiamiento de los servicios de salud experimentados por los diferentes grupos poblacionales. La equidad es condición necesaria y estratégica para alcanzar el acceso universal a la atención, según las necesidades y las posibilidades existentes³⁹. Se dice que hay desigualdad en el consumo o utilización de los servicios de salud cuando individuos con diferentes características reciben diferentes cantidades de atención, en tanto que hay inequidad cuando los individuos reciben diferentes cantidades del servicio con relación a las que necesitan.

4.2 DIMENSIONES DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS

En el caso de la equidad en la prestación de los servicios de salud se han definido tres premisas para aproximarse⁴⁰:

1. Igual acceso a los servicios de salud para igual necesidad.
2. Igual uso de servicios para igual necesidad, e
3. Igual calidad de atención para todos.

Este tipo de equidad se analiza en dos dimensiones, la vertical y la horizontal, las cuales resume el Gráfico 1.

La vertical cuestiona si todas las personas con igual necesidad de atención tienen posibilidad de acceder a los mismos cuidados. Algunos la reconocen en la focalización y tiene dos enfoques: el de riesgo^{*} y el de oportunidad de vida[†], se pregunta si quienes tienen necesidad de atención pueden acceder al nivel apropiado de cuidado para condiciones diferentes⁴¹. Se relaciona con subsidios y progresividad en el financiamiento de los servicios de salud⁴².

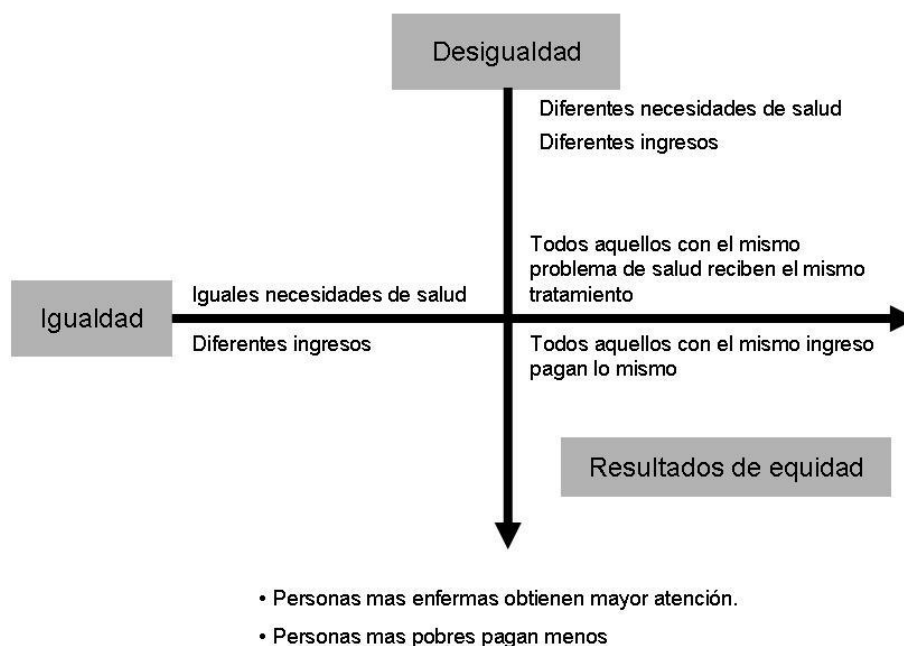
La equidad horizontal se refiere al principio de que los iguales deberían ser tratados igualmente. Buchanan (1950) extendió este concepto al federalismo fiscal: el gobierno “federal” debería asegurar que todos sus ciudadanos sean tratados por igual sin importar su lugar de residencia. Los ciudadanos de un país con ingresos similares entre regiones deberían recibir los mismos beneficios netos (servicios públicos menos los costos de impuestos).

^{*} Determina la probabilidad de las ocurrencias de un problema en un individuo a través de estudios epidemiológicos de carácter espacial y temporal o la utilización de la caracterización del nivel de pobreza individual; lamentablemente éste estigmatiza y clasifica al usuario de bajos recursos.

[†] Identifica comunidades con más riesgo de encontrar más problemas a través de indicadores indirectos; éste es más sensible y más específico que el enfoque de riesgo.

La equidad horizontal habitualmente se ha definido a partir de dos enfoques fundamentales: el criterio de “igual acceso a igual necesidad”, y el criterio de “igual utilización a igual necesidad”.

Gráfico 1. Dimensiones de la equidad en el sector salud



Fuente: Leighton, Ch.; Maceira, D. (1999) Guía básica de política: Toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe.

Igual acceso a igual necesidad es un principio frecuentemente discutido en los ámbitos académicos y gubernamentales, mas no hay una definición general aceptada de acceso y necesidad; es más, en la práctica, acceso, disponibilidad y aceptabilidad son muy difíciles de distinguir y disponibilidad y acceso se confunden inapropiadamente con accesibilidad y aunque están relacionadas con esta última no son iguales a la misma⁴³.

Dado que esta investigación se centrará en factores relacionados con el acceso a los servicios de salud, concepto en el cual la accesibilidad, la utilización de servicios y la necesidad están implícitas; y que la información se recogerá desde la perspectiva del usuario a continuación se desarrollan estos últimos conceptos.

4.3 CONCEPTOS, MODELOS Y RELACIONES ENTRE ACCESO, ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Los términos de acceso y accesibilidad en relación con los servicios de salud han sido usados, a veces, de igual manera por muchos autores, y en algunas oportunidades de manera ambigua⁴⁴. Para Donadebian⁴⁵, la accesibilidad ha sido considerada como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos, con miras a la búsqueda y obtención de la atención; la misma se evalúa en el marco de la interacción entre los usuarios y los recursos del sistema de salud; siendo uno de los factores que determina la calidad en la prestación de los servicios. La calidad depende entre otros aspectos de la mayor o menor accesibilidad que se tenga a la atención en salud, y una vez se ha logrado, a la mayor o menor calidad de la atención proporcionada⁴⁶. Fue este autor, en su publicación de 1973, quien consideró que los factores que intervienen en la accesibilidad son: geográficos, relacionados con la capacidad financiera, los generados por la organización y los socioculturales; todos ellos con capacidad para obstaculizar o facilitar la atención en salud.

El modelo de Andersen, uno de los más usados en la evaluación de acceso a servicios de salud⁴⁷ evolucionó entre los años 60 hasta los 90, desde una concepción conductual de utilización de los servicios de atención médica hacia un marco de accesibilidad. El enfoque conductual considera que la utilización de los servicios de salud es una función de:

1. La necesidad de atención, vista desde dos perspectivas: la percibida por el paciente y la evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos.
2. Los factores predisponentes, como las variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad.
3. Los factores capacitantes, es decir los recursos familiares y comunitarios que tienen que ver con la condición socioeconómica.

Aday y Andersen⁴⁸, en un artículo publicado en 1992, refiriéndose a los programas dirigidos a lograr un acceso equitativo a los servicios de salud en los Estados Unidos, declararon el acceso más como un concepto político que operativo y presentaron un modelo teórico del mismo, según el cual, los elementos que describen las características del sistema y de la población sirven como indicadores de proceso y la utilización y la conformidad de los consumidores como indicadores de resultado. Los autores distinguen entre el acceso potencial y el acceso realizado. El primero se refiere a las características y condiciones de la población

y del sistema prestador de servicios que posibilitan la atención en salud. El segundo, a los aspectos relacionados con el ingreso efectivo al sistema y con el resultado de la interacción entre población y el sistema prestador, como son la utilización de los servicios de atención médica y la satisfacción de las necesidades del usuario o consumidor⁴⁹. Vease Gráfico 2.

Otro significado de acceso a los servicios de salud, presentado en el mismo documento, tienen que ver con que *“éstos se encuentren disponibles en el momento y lugar en que el paciente los necesita y que la forma de ingreso al sistema resulta clara”*; por otra parte, Chen, M.K, citado por Aday y Andersen, desarrolló dos índices descriptivos de acceso a servicios relacionados con la organización y con la disponibilidad de los servicios. En el primer caso, propuso un promedio ponderado de tiempos que consume el individuo en el proceso de ser atendido, como el tiempo de espera para concertar una cita, el tiempo del viaje, el tiempo en la sala de espera y el tiempo real de atención; en el segundo, el promedio ponderado de la diferencia entre la cantidad real de servicios, personal y equipamiento en una comunidad determinada.

Además, la actitud y el conocimiento acerca de la atención en salud, así como la concepción social y cultural que el individuo ha construido acerca de la enfermedad también deben ser consideradas, dado que las características de los servicios y recursos resultan muchas veces insuficientes para determinar el ingreso o no a los servicios de salud.

Sin embargo, no siempre todos los individuos que desean ingresar al sistema lo logran, por lo tanto, se hace necesario aplicar un tipo de validación externa, que indique si los factores mencionados anteriormente determinan una diferencia en la obtención de la atención, para esto Aday y Andersen proponen examinar las tasas de utilización de los servicios de atención, en poblaciones específicas en el transcurso del tiempo y con referencia a los factores.

Por otra parte, Fox, P.D. citado por Aday y Andersen, afirma que la tasa real de acceso de una población o subgrupo puede medirse por la utilización efectiva de los servicios; otra alternativa es medir el acceso en función de si las personas que realmente necesitan atención la reciben. Según Feerborn y Greenlink, citados por Aday y Andersen, acceso también significa que la población en situación de riesgo utiliza los servicios en una tasa “proporcional y adecuada” a su necesidad de atención. El concepto de continuidad en el acceso también ha sido incorporado en diversos enfoques de medición.

Adicionalmente, Andersen incluyó la subjetividad de los usuarios de los servicios en las evaluaciones a través de medir la conformidad o el descontento de los individuos para obtener un servicio de salud, mientras que Freeborn y Greenlick, citados por Andersen⁵⁰, proponen basarse en la opinión de los pacientes sobre la

disponibilidad de los servicios en el momento y el lugar requeridos y por la mejoría que perciben como resultado de la atención recibida.

Gráfico 2. Modelo de acceso de Aday y Andersen



Fuente: Good M. The concept of access and managed care. HSR. 1998; 33(3):634

En 2004, Oliver y Mossialos⁵¹, en un esfuerzo por definir acceso narran como el término “utilización” ha sido a menudo inadecuadamente usado como una aproximación al concepto de acceso al cuidado de salud y destacan definiciones hechas por líderes académicos más cuidadosos, en las cuales éste supone la habilidad de asegurar un conjunto especificado de servicios de salud, con un nivel especificado de calidad, sujeto a un nivel máximo especificado de incomodidad y costo personal, mientras se tiene una cantidad especificada de información.

Para Frenk⁵², el estudio de la accesibilidad, cuando el enfoque se amplía se hace idéntico al de la utilización y sus determinantes, de un dominio reducido donde ante cierta necesidad de atención, la persona desea tal atención, a un dominio amplio en el cual, además de incluir el contacto inicial y los continuados a lo largo de un episodio, se consideran las causas del deseo de atención como parte del

alcance de la accesibilidad; este enfoque amplio comprende diversos aspectos inmersos en una sucesión de acontecimientos que van desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continua la utilización de servicios médicos.

Frenk propone restringir el dominio de la accesibilidad al *“proceso de buscar y recibir atención”*; en medio del cual existen otros conceptos que deben diferenciarse del de accesibilidad: en un extremo el fenómeno de *“disponibilidad”* – presencia física de recursos para la salud con base en la productividad o capacidad de producir servicios -- y en el otro el de *“utilización”*, que representa el consumo real de los servicios.

Este autor, decide reservar el término acceso para *“denotar la capacidad de un individuo o grupo de individuos para buscar y obtener atención”*. Acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios y argumentando que este concepto tan restringido probablemente tenga poca aceptación, plantea un término alternativo, el de *“poder de utilización”*, análogo al de *“poder de compra”* y añade el concepto de *“resistencia”* como complementario. La resistencia se define como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, los cuales se originan en los servicios de salud; tiene su contrapartida en el poder de utilización --*“acceso”*-- como característica de la población; el autor es cuidadoso en aclarar que este concepto se refiere a obstáculos distintos de la falta de capacidad de producir servicios, ya que el nivel de capacidad está comprendido en el concepto de disponibilidad, también, expone el concepto de *“disponibilidad efectiva de los recursos”* como su disponibilidad corregida según la resistencia que oponen a la búsqueda y obtención de servicios.

Entre los obstáculos o factores disuasivos están el costo de los servicios, la ubicación de las fuentes de atención a la salud y ciertas características de las formas en que se organizan los recursos, entre estas las demoras para obtener citas o para recibir atención.

Para ilustrar esta relación complementaria entre el poder de utilización y la resistencia, el autor presenta varios ejemplos, así: *“el precio del servicio constituye un obstáculo para el usuario, los ingresos de la persona representan un poder específico para superar dicho obstáculo”*; el tiempo que toma llegar hasta la fuente de prestación de servicios --obstáculo--, por un lado, y los recursos de transporte de la población --poder específico--, por el otro.

Finalmente, el concepto de accesibilidad propuesto por Frenk (1992) se define como *“el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención”*. Siendo así, la accesibilidad puede verse como *“la relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y la obtención de la atención”*.

(resistencia) y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (poder de utilización)”.

Si un sistema de salud se organizará de modo que los recursos se movilen hacia la población, la resistencia sería una característica de la población y el poder una propiedad de los recursos.

Cuál es el lugar del concepto de necesidad en el modelo de Frenk? Cualquier estudio de accesibilidad debe controlar los efectos potencialmente confusores de las necesidades de salud.

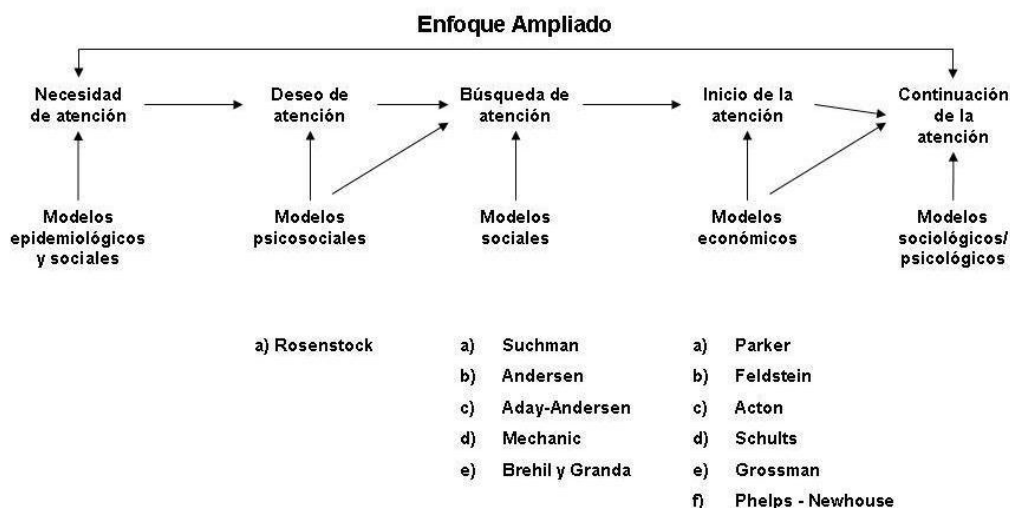
Además de los modelos de Aday y Andersen y de Frenk, otros se encuentran en la literatura, los cuales han sido revisados y categorizados por Arrendondo y Melendez (1992) en cinco grupos: modelos epidemiológicos y sociales, psicosociales, sociales, económicos u sociológicos/psicológicos; los mismos han sido recogidos por Frenk cuando presenta los posibles dominios del concepto de accesibilidad. La Gráfico 3, modificada por Arrendondo y Melendez, ilustra el dominio amplio y los modelos.

El modelo epidemiológico se basa en el estudio de las necesidades en salud de la población, entendidas, según Donabedian⁵³, como “*cualquier alteración de la salud y el bienestar*” que requiere de servicios y recursos para su atención; siendo así, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, discapacidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas⁵⁴.

La exposición de la población a factores de riesgo, asociados a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones determina la utilización de servicios; estos factores se reconocen como iniciadores, promotores y pronósticos, dependiendo de si actúan antes de que la enfermedad sea irreversible, cuando ésta ya lo es o cuando permiten definir si un individuo mejorará o morirá. El tipo de riesgos motiva el uso de diversos tipos de servicios en la comunidad (preventivos, diagnóstico y tratamiento y de mantenimiento o rehabilitación). La exposición a servicios de salud también tiene dos connotaciones más, un efecto protector y a la vez otro riesgo propiamente dicho como el de la iatrogenia.

El modelo psicosocial, propuesto por Irwon M. Rosenstock (1966) se basa en el concepto de “health behavior”, referido a la actividad que realiza una persona que cree estar sana para prevenir la enfermedad. Incluye dos clases de variables: (1) el estado psicológico de alerta para decidir una acción específica en función de la susceptibilidad percibida, y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad, (2) las creencias sobre los beneficios y barreras de usar los servicios.

Gráfico 3. Sucesión de acontecimientos y modelos relacionados con la utilización de servicios de salud



Fuente: Arrendondo, A.; Melendez, V. (1992) Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública Méx.; Vol. 34 (1); 36-48

Varios modelos sociales se reconocen en la literatura, siendo el más usado el de Aday y Andersen descrito anteriormente.

Los modelos económicos se pueden agrupar en dos: los basados en el análisis de la demanda y los basados en la teoría del capital humano. En los primeros la hipótesis que se trata de probar es que la demanda de servicios dependía de su propio precio, de otros precios, del ingreso y de los gustos o preferencias de las personas. En el segundo, se parte de que las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y consumidores, para lo cual invierten en ellos mismos.

El consenso es que el acceso a un determinado servicio conlleva no solamente la disponibilidad de recursos, sino que comprende además la relevancia, oportunidad y adecuación de estos con las reales necesidades de la población⁵⁵.

4.4 NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

La búsqueda de la equidad sanitaria se logra cuando se cumple el principio de que *“a igualdad de necesidad igual acceso a la atención disponible, a igualdad de necesidades igual utilización, igual calidad de la atención para todos”*⁵⁶; sin embargo, ni la necesidad, ni la igualdad constituyen conceptos universalmente válidos, por lo tanto, deben ser evaluados en cada situación particular.

Adicionalmente, la atención disponible puede no ser suficiente para asegurar la equidad si esta se expresa en un paquete mínimo de servicios para pobres, en un marco de deterioro de la situación sanitaria que afecta especialmente a los sectores más vulnerables.

El concepto de necesidad como principio de justicia redistributiva es fundamental para asegurar una igualdad social que pueda incluir la diferencia, lo particular, combinando la universalización con mecanismos de diferenciación positiva, sobre la base de superar la exclusión social, pero aún no se explicitan en detalle las implicaciones de su presencia en la definición de equidad en salud⁵⁷.

En rigor, el concepto de necesidad debe reservarse para aludir a las condiciones de salud. Al hablar de servicios o recursos es mejor usar el término requerimientos⁵⁸. Una necesidad representa una situación que debe ser satisfecha, pues de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas. Ni los servicios ni los recursos cumplen con este requisito, pues ambos son medios para satisfacer las necesidades de salud, mas no representan, en sí mismos, una necesidad. El reservar este término para las condiciones de salud subraya que su mejoramiento constituye el fin de la atención.⁵⁹

Se conocen varios enfoques, definiciones y clasificaciones de las necesidades humanas y por consiguiente sociales (Agnes Heller, Abraham Maslow, Manfred Max-Neef y Breihl). Los planificadores de salud han definido varios tipos de necesidades en salud⁶⁰:

- Necesidad real: es toda demanda por atención en salud.
- Necesidad sentida: la parte de la población que siente la necesidad de un servicio de salud.
- Necesidad de salud percibida o “expresada” por el individuo: es la necesidad sentida por el individuo que lo lleva a demandar un servicio de salud.
- Necesidad de salud definida por expertos (normativa): identificación de un fenómeno que altera negativamente o protege la salud de un individuo o de un conjunto de individuos, con independencia de que quien este afectado por el fenómeno tenga o no percepción de la alteración negativa producida en su estado de salud o de la protección disponible.
- Necesidad expresada y atendida: se refiere a la necesidad expresada que efectivamente fue atendida por la oferta de servicios.
- Necesidad comparativa: Habiendo identificado una necesidad de una persona o dentro de un grupo de personas, es posible deducir la necesidad de otra persona o de otro grupo que presenta características similares.

Se puede decir que aún no se ha logrado definir un concepto operacional de general aceptación sobre necesidad, pero se resaltan dos componentes importantes:

1. El estado de salud de los individuos pretratamiento, donde el grado de enfermedad determina igual grado de necesidad.
2. La capacidad individual para beneficiarse del cuidado de salud.

Estos componentes pueden entrar en conflicto entre ellos mismos, como cuando hay tratamientos muy poco efectivos para algunas enfermedades altamente debilitantes. Según Oliver y Mossialos⁶¹ ambos componentes son potencialmente importantes y una clara definición operacional que los combine de manera que logre la aceptación general y consenso es un área relevante para futuras investigaciones.

En consecuencia con la relación entre acceso y necesidad, el uso de los servicios de salud es un resultado de lo anterior, por consiguiente, la deficiencia en el acceso es más evidente cuando la utilización es baja y la necesidad es alta.

4.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN IGUAL ACCESO A IGUAL NECESIDAD - EQUIDAD HORIZONTAL-

Muchos y diferentes aspectos afectan potencialmente el acceso diferencial a los servicios de salud para diferentes grupos. Describir y clasificar los grupos de una manera plena, comprensiva y coherente es una tarea compleja; sin embargo para propósitos ilustrativos, pueden hacerse algunos comentarios con respecto a grupos definidos por ingresos, residencia geográfica y etnia.⁶²

Oliver y Mossialos, proponen considerar dos dimensiones en el análisis, el lado de la oferta y el de la demanda, las cuales se exponen a continuación.

Con relación a la oferta, y frente a la variable de residencia geográfica existen grandes variaciones al interior de los diferentes países; se sabe que hay variaciones aceptables en la oferta de servicios de salud en especial en la consulta por especialistas, la cual no se distribuye por igual en todas las áreas. No obstante, los esfuerzos deben ser hechos para garantizar que todas las áreas y regiones sean aceptablemente atendidas por servicios de salud en una gama y calidad especificada como necesaria por los decisores de las políticas. Por lo tanto, se espera que las siguientes condiciones sean alcanzadas desde la oferta de servicios.

En primer lugar, los recursos de los servicios de salud deben ser distribuidos en las regiones de acuerdo con el tamaño de la población, los costos de producción local, las necesidades de cuidado de salud y la mezcla de los ingresos dentro de la población de cada región, en especial si éstos afectan de manera importante el acceso. Los garantes de la provisión y del uso de los recursos destinados a la oferta de servicios deben monitorear en las regiones geográficas que éstos sean usados de manera consistente con la promoción de *“igual acceso a igual necesidad”*.

En segundo lugar, deben ser hechos todos los esfuerzos para superar cualquier limitación que genere inequidad en la capacidad de acceso en las áreas en desventaja, garantizar que se produzcan directrices e incentivos para que suficientes instalaciones y equipos de trabajo se ubiquen y permanezcan dentro de estas áreas.

Siguiendo a Oliver y Mossialos, en sus consideraciones con relación a la demanda, aunque algunos piensan que el lado de la oferta es la única consideración relevante para asegurar igual acceso a igual necesidad⁶³, ellos consideran que es también importante considerar el de la demanda, la cual primariamente se refiere a la capacidad de los individuos para pagar por los servicios de salud. Los cargos al uso de los servicios de salud que se imponen a la población están siendo usados en muchos países como un método para controlar la demanda y es evidente que esto tiene un alto impacto sobre la demanda por los servicios de salud en los grupos de bajos ingresos con relación a los de altos ingresos. Esta práctica puede igualmente afectar el principio de “igual acceso a igual necesidad” y por lo tanto se recomienda instaurar medidas que valoren la demanda y el uso del espectro de servicios de salud especificados de manera que se mantenga la consistencia sobre el principio. De la misma manera, las listas de espera sobre la gama de servicios especificados no deberían tener diferencias por grupos de ingreso.

La demanda también es influenciada por factores como conocimiento, información, creencias culturales, costos financieros indirectos, el costo oportunidad de tiempo de los usuarios y sus preferencias. Se recomienda trabajar mensajes de información sobre servicios y promoción del uso de los mismos en aquellos grupos donde sus características sociales y culturales los ponen en desventaja frente a los de mayor ingreso para usar asertivamente los mismos, igualmente se reconoce la necesidad de mejorar la investigación sobre los diferenciales por ingresos en aspectos como la utilización de servicios, las oportunidades de uso y las preferencias, así como aumentar la sensibilidad frente a los factores culturalmente significativos para los diferentes grupos que pueden limitar el acceso a los servicios de salud. La legislación debería generar mecanismos para compensar en los grupos de mayor pobreza quienes tienen grandes costos financieros y de oportunidad al enfermar y recibir tratamiento.

El reconocimiento de los usuarios de sus necesidades por servicios de salud y su decisión de buscarlos constituye el primer paso en el proceso de acceder a servicios de salud. La probabilidad de utilizar los servicios depende del balance entre percepciones individuales sobre sus necesidades y actitudes, creencias y experiencias previas con los servicios de salud. El acceso a los servicios de salud implica que los individuos reconozcan y acepten sus necesidades de atención, estén concientes de su rol como usuarios de servicios, y reconozcan los recursos generados socialmente que ellos están dispuestos a utilizar. Estos procesos de acceso están sujetos a las influencias sociales y culturales, también como a las limitaciones ambientales⁶⁴.

4.6 FOCALIZACIÓN E IGUALDAD MATERIAL

Focalizar los recursos y los servicios es política y estrategia que se ha venido implementando en el sector salud de los países en desarrollo desde hace varias décadas para operar el principio de la igualdad material, reconocido en el Estado Social de Derecho, según el cual, teniendo en cuenta la posición social real en que se encuentran los ciudadanos, tiende a una equiparación real y efectiva de los mismos⁶⁵. Para lograr esta igualdad material, los poderes públicos deberán, en ocasiones, dictar normas aparentemente desiguales o contrarias a la igualdad formal --entendida esta como mandato de igual trato jurídico a personas que están en la misma situación--, con el objetivo de elevar la posición social de los colectivos que se encuentran en una situación continuada de inferioridad social real.

La focalización surge como una alternativa a la provisión universal y busca aumentar la proporción de subsidios de salud que llega a los pobres y reducir o eliminar aquella que beneficia a los no pobres, preservando o mejorando la equidad.

4.7 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN LA BÚSQUEDA DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS

Para el análisis de los efectos de las reformas de los sistemas de salud en la equidad, se han identificado diferentes categorías de metas de equidad, así como las políticas de reforma para alcanzarlas. Con relación a la equidad en acceso a los servicios se han definido dos tipos de políticas: la definición e implementación de paquetes básicos de servicios de acceso universal y la implementación de equipos móviles de prestadores de servicios públicos o privados, para la entrega de dichos paquetes.⁶⁶

El Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud del Banco Mundial, recomendó a los gobiernos de los países reorientar el gasto en servicios de escasa eficacia en función de los costos hacia programas de salud pública y el financiamiento y la prestación asegurada de servicios clínicos esenciales, como una medida para reducir la carga de morbilidad en más de un 20%. La amplitud y composición exacta de estos servicios debería ser definida por cada país en función de las condiciones epidemiológicas, las preferencias locales y el nivel de ingresos, sin embargo, el banco recomendó cinco grupos de intervenciones:

1. Atención prenatal, parto y posparto.
2. Servicios de planificación familiar.
3. Medicación contra la tuberculosis.
4. Atención a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
5. Tratamiento de las enfermedades graves comunes de los niños pequeños.

Este conjunto también incluiría algunos tratamientos de infecciones y traumas menores y en caso de problemas de salud que no puedan resolverse completamente con los recursos disponibles, asesoramiento y alivio para el dolor. El suministro de la atención de urgencias dependería de los recursos disponibles. En nuestro país la reforma iniciada en 1993, incluyó un paquete básico esencial de servicios de salud conocido como el Plan Obligatorio de Salud POS.

Los efectos del paquete básico de servicios de salud para la equidad se pueden enfocar desde la equidad horizontal. Si existe un acceso universal a determinado paquete, entonces se puede decir que se ha mejorado este tipo de equidad. Sin embargo, se ha discutido que el proponer los paquetes básicos como elementos de equidad es un retroceso en los servicios de salud para la población de escasos recursos y con mayor necesidad. De un enfoque de servicios integrales se pasa a oficializar un paquete 'mínimo' de servicios y el acceso universal se reduce a ese 'paquete mínimo' y no a una atención integral⁶⁷.

En el caso de Colombia, la población afiliada al régimen contributivo recibe un paquete estimado en valor promedio ponderado de \$US232, mientras que para la población pobre subsidiada el paquete se ha estimado en \$US131; en el caso de las personas pobres que se benefician con subsidios parciales el valor es de \$US57.5. Aún cuando algunos autores han identificado la prestación del paquete básico subsidiado a población que antes no lo recibía como un paso positivo hacia la equidad (Céspedes et al) otros autores⁶⁸ lo identifican como la oficialización de la inequidad en el sistema de salud Colombiano.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo corresponde a un estudio observacional descriptivo de corte transversal, debido a que se describieron y compararon variables relacionadas con el acceso a los servicios de salud en una población específica y en un momento y tiempo único claramente delimitado.

5.2 POBLACION Y MUESTRA

5.2.1 Población

El universo corresponde a las habitantes del barrio República de Israel, de la Comuna 16 de Santiago de Cali, residentes en el estrato II* afiliados a la seguridad social tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

La Comuna 16, está habitada por 94.485 personas; compuesta por siete barrios clasificados según estrato socioeconómico en los estratos II, III y IV. Cinco de los barrios tienen por estrato moda el II: Unión de Vivienda Popular, República de Israel, Antonio Nariño, Mariano Ramos y Brisas del Limonar, los cuales son aledaños entre si y concentran la mayoría de la población⁶⁹.

Con respecto a la seguridad social, según la Secretaria Municipal de Salud, en el 2006 un 97,3% de su población se encontraba afiliada (102.109 personas), estando el 46.8% en el régimen subsidiado (28% en régimen subsidiado completo; 18,7% en régimen subsidiado parcial), y el 50,5% en el contributivo. Un 2,7% de su población estaba sin aseguramiento en salud.

Tener un estrato moda II, una afiliación al sistema de seguridad social entre las más altas del municipio, una diferencia entre la afiliación al subsidiado y al contributivo de solo 3,7 puntos porcentuales (2006), una delimitación y concentración de los barrios de estrato 2 muy bien definida, le confiere un grado

* Este dato se puede corroborar mediante verificación de la clasificación predial, según la última factura de servicios públicos domiciliarios de energía / agua / alcantarillado / alumbrado / recolección de residuos sólidos y de teléfono fijo.

importante de homogeneidad a la Comuna 16 y justifican la selección de la misma y de los sectores estrato II de uno de sus barrios como área de estudio.

La selección del barrio se hizo a partir de la comparación de la distribución porcentual de los cinco barrios con estrato moda II, para las variables: estrato, sexo y edad. Se encontró que los más similares a la composición general de la comuna 16 con respecto a estas distribuciones porcentuales son los barrios: Mariano Ramos, República de Israel y Unión de Vivienda Popular, seleccionándose entre estos de manera aleatoria, el barrio República de Israel.

Según Censo DANE 2005 y Cali en Cifras 2007, el Barrio República de Israel tenía 16.944 habitantes, de los cuales un 47,8% eran hombres y 52.2% mujeres. Cuenta con 1602 viviendas y 87 manzanas, dos lados de manzana estrato I y 305 estrato II; el censo encontró 4847 hogares con un promedio de 3,5 personas por hogar.

La población objetivo fueron los hombres y mujeres, residentes en el barrio República de Israel que cumplieran con los criterios de selección establecidos para el desarrollo de la encuesta.

5.2.2 Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se asumió una precisión aceptable representada en un error estándar relativo (Esrel) menor o igual al 3.0%, una proporción de afiliación al régimen contributivo del 50% de acuerdo con información suministrada por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, un nivel de confiabilidad del 95% y un efecto de diseño (Deff) de 2. Utilizando la siguiente expresión para el cálculo de n:

$$n = \frac{NpqDeff}{N(Esrel \cdot p)^2 + pqDeff}$$

De tal forma que:

N	=	16.944
P	=	50%
q=1-p	=	50%
Esrel	=	3.0%
Deff	=	2
n	=	1.965

Este tamaño de muestra se incrementó en un 20% para compensar la tasa de no respuesta, obteniendo un tamaño final de 2.357 personas. Se encuestaron 2.165

personas, muestra suficiente para todos los requerimientos de estimación estadística en este estudio.

Teniendo en cuenta que la población objetivo corresponde a todos los integrantes de las familias de la zona ($N=16.944$ personas), y aplicando un promedio de 4.35 personas por familia^{*}, el valor de $n=1965$ individuos calculado previamente, se convierte en un total de 451 familias a incluir en la muestra, cantidad superada por el número final de 499 familias encuestadas. Este tamaño final es suficiente para mantener el error alrededor del 3% en todas las estimaciones derivadas de esta muestra.

5.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidos hogares[†] donde se encontraron las siguientes situaciones:

- Personas afiliadas al régimen contributivo o subsidiado de cualquier edad y sexo.
- Informantes idóneos[‡] en capacidad de proporcionar la información sobre los integrantes del hogar, sobre sí mismos o sobre otro individuo seleccionado, en el caso de que este sea: un menor de edad, un adulto entre 18 y 60 años con limitaciones físicas o mentales que le impidan contestar la encuesta o un adulto mayor de 60 años. Las mujeres cabeza de hogar fueron la primera opción de informante clave, seguidas de otros integrantes del hogar que actúan como cuidadores del individuo seleccionado.

Fueron excluidos:

- Hogares con la totalidad de los integrantes no afiliados al régimen contributivo o al subsidiado (población pobre no asegurada) o al régimen especial.
- Hogares donde no se cuente con un informante idóneo que proporcione la información sobre el hogar seleccionado.

^{*} Valor obtenido de la aplicación de la prueba piloto.

[†] Dada la gran dificultad desde la estadística para operacionalizar el concepto de familia, sobre el cual aún no hay acuerdo, se decide trabajar el concepto de hogar, para el cual se adopta la siguiente definición: "Hogar: es una persona o grupo de personas, sean parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de la vivienda, comparten la comida y satisfacen en común otras necesidades básicas". (Naciones Unidas, 1984).

[‡] Un informante idóneo es una persona mayor de 18 años y menor de 60, hombre o mujer, que no tenga una condición de discapacidad física o mental que le impida comunicarse y que además declare conocer la situación de salud de todos los integrantes del hogar y acepte de manera voluntaria e informada responder la entrevista.

- Hogares donde el individuo seleccionado no sea un informante idóneo o no se cuente con otra persona capaz de proporcionar la información sobre el individuo seleccionado.
- Incapacidad temporal o permanente del informante idóneo que lo limite para proporcionar la información.

5.3 DISEÑO MUESTRAL

El diseño fue probabilístico, estratificado, con 4 etapas de selección para llegar al individuo a entrevistar. Se partió de la selección de manzanas y viviendas, utilizando la cartografía disponible para el barrio República de Israel perteneciente a la comuna 16 del municipio de Santiago de Cali. En cada vivienda, se enumeraron y seleccionaron al azar los hogares y las personas; en cada caso teniendo en cuenta la estructura jerárquica de las etapas de muestreo, lo que constituyó una muestra compleja.

Se trabajó sobre los hogares con integrantes afiliados al régimen contributivo y subsidiado que al momento de la encuesta habitaban en el estrato II del Barrio República de Israel de la Comuna 16 de Santiago de Cali. Y, dentro de estos hogares con un individuo, seleccionado aleatoriamente, afiliado al régimen contributivo o subsidiado que tuvo un problema de salud y consultó un servicio formal en el último mes.

Se calcularon los pesos de muestreo y factores de expansión que dan cuenta del diseño muestral. Se utilizó un factor de ajuste por postestratificación⁷⁰, que restituye a los totales poblacionales por edad y sexo⁷¹ de la población referencia DANE para la zona.

Teniendo en cuenta que el diseño muestral corresponde a un diseño complejo, para el procesamiento de la información (cálculo de prevalencias y análisis bivariado), fue necesario además del cálculo del factor de expansión y el correspondiente ajuste por postestratificación tal como se explicó en el párrafo anterior, la multiplicación del ponderador resultante por el factor n/N , el cual restablece el tamaño total de los casos al total de la muestra, pero con una característica importante, conservando la proporcionalidad de la población de acuerdo con información del DANE en las categorías de las dos variables consideradas para este estudio, las cuales fueron: sexo y edad. De esta manera se garantiza que en el procesamiento se tendrá la representatividad ajustada para cada individuo y en el tamaño de muestra inicialmente calculado, evitando la sobrerrepresentatividad por edad, sexo o por la combinación de ambas edad-sexo.

5.3.1 Etapas del muestreo

La selección de la muestra se realizó a partir de cada una de las cuatro etapas de muestreo antes mencionadas:

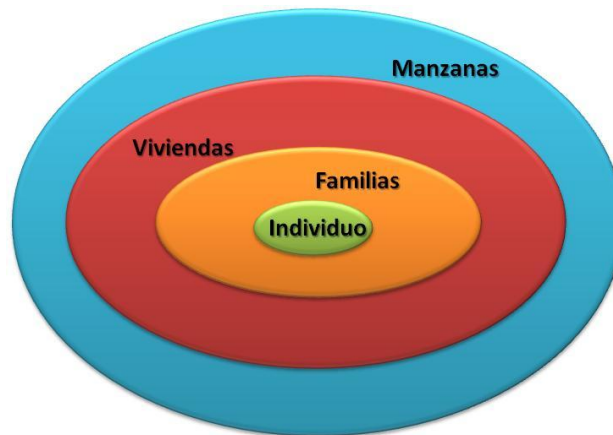
Unidad de primera etapa (UPE): Manzana

Unidad de segunda etapa (USE): Vivienda

Unidad de tercera etapa (UTE): Hogar

Unidad de cuarta etapa (UCE): Individuo

Gráfico 4. Etapas de muestreo para la aplicación de la encuesta.



Fuente: Elaboración del autor

5.3.1.1 UPE: Manzana. Las 27 manzanas seleccionadas de las 80 que conforman el barrio, fueron seleccionadas a través de muestreo sistemático teniendo como referente las zonas delimitadas en la cartografía existente, se parte del supuesto que esta se encuentra completamente actualizada.

Antes de realizar la selección sistemática de manzanas fue necesario identificar las manzanas efectivas para la zona, dato obtenido a partir del reconocimiento cartográfico de la totalidad del barrio y posterior exclusión de aquellas manzanas que correspondían a unidades recreativas, parques, canchas, colegios, instituciones de salud, lotes, zonas baldías o no construidas, empresas, etc.; actividad que se realizó conjuntamente con los líderes del barrio quienes además

de brindar seguridad al grupo de recolección de información, conocían muy bien el área.

5.3.1.2 USE: Vivienda. Para la selección de las viviendas se procedió inicialmente al reconocimiento de cada una de las manzanas seleccionadas, una vez reconocidas las manzanas la selección de las viviendas se realizó completamente al azar, a través del uso del programa SPSS en su comando de selección de muestras al azar. De acuerdo con la tabla del Anexo D, teniendo en cuenta la ubicación en la esquina nor-este de la manzana, se seleccionaron 26 viviendas de cada manzana, recorriendo la misma en el sentido de las manecillas del reloj.

5.3.1.3 UTE: Hogares. Al interior de cada vivienda se seleccionó de manera aleatoria un hogar, una vez identificado el hogar se aplicaron los módulos del 1 hasta el 8 de la encuesta, si en la vivienda rechazan la encuesta se proceda con la siguiente vivienda que se encuentra en la tabla 1. Cuando en una vivienda existan dos o más hogares, fue necesario:

- Numerar cada uno de los hogares
- Seleccionar aleatoriamente uno de los hogares, una vez numerados se incluyeron en una bolsa plástica los números correspondientes a los hogares identificados, el número del hogar que sea seleccionado de la bolsa fue el que respondió la encuesta.

5.3.1.4 UCE: Individuo. Una vez seleccionado el hogar, se procedió a seleccionar el individuo entre los que cumplieran los criterios respectivos de inclusión, para la aplicación de los módulos 9 al 15 de la encuesta. La selección fue completamente al azar, preguntando por la fecha de nacimiento (día del cumpleaños) de cada persona, y seleccionando aquella persona que tenía su día de cumpleaños más cercano, hacia delante, a la fecha en que se estaba aplicando esta encuesta.

5.4 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

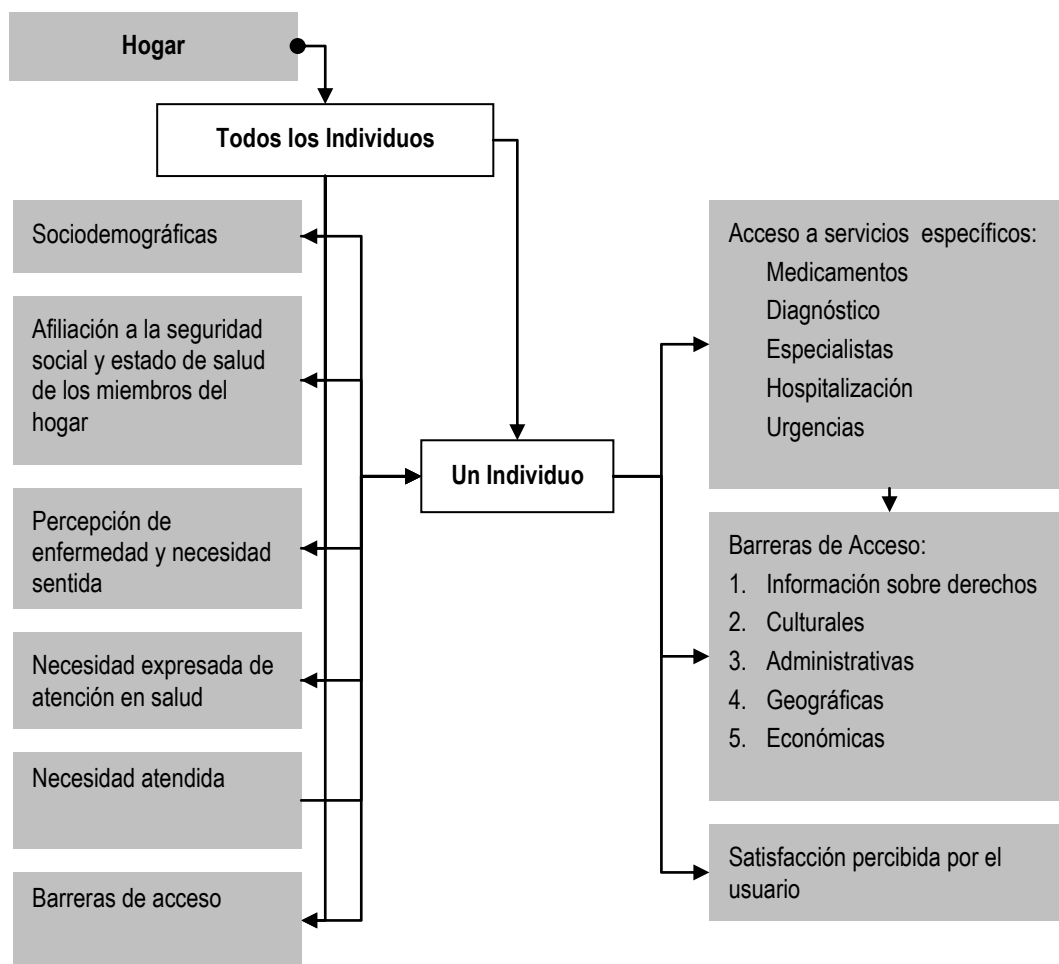
El Gráfico 5, resumen las variables de estudio, algunas de las cuales se recogieron para todos los integrantes del hogar, y otras solo para un individuo del hogar seleccionado al azar. Véase tabla de operacionalización de variables en el Anexo A.

5.5 LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de información tuvo tres unidades temáticas:

1. La política y la normatividad de prestación de servicios de salud en el marco de los planes de beneficio, tanto del plan obligatorio de salud para el régimen contributivo como para el subsidiado. En este caso la técnica de recolección fue la revisión documental.
2. Características de la afiliación a la seguridad social, estado de salud, necesidades percibida y sentida, necesidad expresada de servicios de salud, variables generales de acceso y satisfacción con el servicio recibido, en todos los individuos de los hogares estrato II seleccionados al azar del barrio República de Israel de la comuna 16, cuyos integrantes estén afiliados al régimen contributivo y subsidiado; se exploró a través de encuesta poblacional estructurada.

Gráfico 5. Resumen de variables del estudio



Fuente: Elaboración del autor

3. Acceso a servicios de salud específicos, barreras de acceso a los servicios de salud consultados y satisfacción con los servicios recibidos se estudiaron en un individuo que haya consultado un servicio formal de salud en el último mes. En los casos en que se encontraron dos o más individuos en el hogar con dicha condición, uno de ellos se seleccionó al azar; se exploró a través de encuesta poblacional estructurada.

Las características de los dos últimos aspectos se amplían a continuación.

5.5.1 El diseño del instrumento

Con base en la definición de variables presentadas de manera detallada en el Anexo A, para el diseño de la encuesta se revisaron instrumentos validados en

estudios anteriores de carácter nacional como el Censo Nacional de 2005, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, la Encuesta Nacional de Salud de 2007 y otros aplicados en tesis doctorales relacionadas con el uso, el acceso o la accesibilidad al sistema de salud o a servicios de salud.

Esta revisión facilitó incluir preguntas validadas, las cuales permiten además la comparación de los resultados de algunas variables de este estudio con otras investigaciones.

Los borradores iniciales del instrumento fueron sometidos a revisión de contenido y de comprensión hasta tener una versión para la capacitación con los encuestadores; este ejercicio permitió un ajuste final previo a la aplicación de la prueba piloto.

El instrumento consta de dos partes y 15 módulos, dos de los cuales no hacen parte de este trabajo de tesis. En total contiene 122 preguntas. Véase instrumento final y libro de códigos en los Anexos B y C.

5.5.2 Selección y capacitación de los encuestadores

Se contó con encuestadores con experiencia en la aplicación de encuestas de salud. Estos fueron seleccionados de dos grupos:

1. Estudiantes universitarios de carreras de pregrado de la Universidad del Valle con experiencia en la aplicación de encuestas poblacionales.
2. Personas de la comunidad, cuyas hojas de vida fueron presentadas por la Junta Administradora Local del Barrio República de Israel, con experiencia certificada en la aplicación de encuestas.

Se capacitaron en los aspectos de muestreo, en la aplicación de la encuesta y en el cumplimiento de los criterios éticos de estudio, durante 2 sesiones presenciales, una prueba en terreno y reuniones previas y posteriores a la aplicación de las pruebas piloto. Para apoyar dicha capacitación se diseñó el Manual del Encuestador.

Al finalizar el trabajo de campo nueve encuestadores del grupo inicial terminaron, cinco personas de la comunidad y cuatro estudiantes de la Universidad del Valle. El contar con personal de la comunidad favoreció el reconocimiento del terreno y la movilización, así como la aplicación de encuestas en horarios no convencionales como los días festivos.

5.5.3 La prueba piloto, la aplicación de las encuestas y la captura de la información

Este paso inició con la revisión y prueba piloto del instrumento y con la aplicación de los criterios propios del muestreo en las etapas 3 y 4 del mismo. Ésta se aplicó en manzanas estrato 2 del mismo barrio, las cuales no fueron seleccionadas para aplicar la encuesta. Se aplicaron 70 instrumentos de prueba piloto en dos fases, 35 en una primera etapa para hacer un primer ajuste del instrumento y 35 en una segunda etapa para hacer los ajustes finales.

Una vez informadas las autoridades de salud y las organizaciones de la comunidad, tanto para la prueba piloto como para la recolección definitiva de la información se difundió en los sectores a encuestar la aplicación del estudio para garantizar mayor aceptación y participación de la comunidad.

El investigador principal se apoyó en un profesional con experiencia en la coordinación del trabajo de campo para controlar el cumplimiento de los criterios de muestreo y la calidad de la recolección de información; igualmente hizo supervisión sobre el 10% del total de encuestas aplicadas. Cuando fue necesario se hizo revisita y uso de llamadas telefónicas posterior al primer contacto en el hogar, para completar información y mejorar su precisión.

Los datos fueron capturados en una base de datos diseñada en Access 2007®, con códigos validos para cada uno de los campos con el fin de asegurar la calidad en el proceso de digitación. Posteriormente se generaron archivos planos para ser procesados en 11 bases de datos en el paquete estadístico SPSS versión 15. Las bases de datos fueron depuradas en un análisis de frecuencias para cada variable, tablas cruzadas y variables filtro, estrategia que permitió verificar la calidad de los datos.

5.6 PLAN DE ANÁLISIS

La información fue analizada de acuerdo a los objetivos del estudio, resolviendo en primer lugar la revisión y el análisis de la política pública con relación al acceso a los servicios de salud en Colombia. Para esto, se ubicó la información vigente en materia de seguridad social en salud en el momento en que se aplicó la encuesta, se revisó con base en variables implicadas con el acceso a servicios de salud teniendo en cuenta el modelo de Aday & Andersen y demás propuestas presentadas en el marco teórico relacionadas con el tema, posteriormente se hizo un análisis comparativo de contenidos del POS y el POSS teniendo en cuenta aspectos como el ciclo vital y el nivel y tipo de servicios.

El procesamiento de la información fue realizado con el paquete estadístico SPSS versión 15, los resultados de este procesamiento permitieron desarrollar los objetivos relacionados con la caracterización socioeconómica y demográfica de la población sujeto de estudio, teniendo como base el tipo de afiliación al SGSSS, una vez identificados los individuos asegurados y por régimen de afiliación, se identificaron adicionalmente las necesidades de atención sentidas, expresadas (demanda) y resueltas por los servicios de salud y también fueron identificados los factores que influyen el acceso a los servicios de salud, en los individuos asegurados, para su respectivo régimen de afiliación.

Algunas preguntas abiertas se categorizaron, codificaron y procesaron en la base de datos antes de iniciar el análisis descriptivo.

Una vez realizada la limpieza y depuración de la base de datos, se corrió el análisis univariado de la totalidad de las variables estableciendo la ocurrencia de los eventos y la magnitud de los mismos a través de la distribución de frecuencias absolutas y relativas; dependiendo de la amplitud de las categorías de la distribución, las frecuencias se agruparon y acumularon. Se utilizaron gráficos de barras y sectores para presentar las distribuciones de frecuencias dependiendo del tipo de variable descrita.

Para procesar algunas de las variables relacionada con acceso geográfico a los servicios de salud se aplicó el Sistema de Información Geográfica, apoyándose en el sistema de cartografía de la Alcaldía Municipal de Santiago de Cali; en el procesamiento se uso el software MapInfo Professional. Ver. 4.0. de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas y el CIDSE de la Universidad del Valle.

Se calcularon para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión. Establecer la frecuencia del evento en relación con la población de estrato II de la comuna 16 afiliada al régimen contributivo y subsidiado, de donde se obtuvo la muestra, implicó calcular razones y proporciones.

Posterior al análisis univariado se realizó el análisis bivariado y estratificado para establecer la relación de las variables entre sí de acuerdo con los objetivos del estudio. Se trabajó la comparación de algunos promedios, de las proporciones y prevalencias, así como las diferencias de las medidas de frecuencia en términos relativos.

Después se aplicaron algunas pruebas propias de la estadística inferencial para determinar el papel que el azar jugó para establecer una relación entre dos o más variables, para ello se aplicaron test de significancia estadística y parámetros como la prueba Chi cuadrado (χ^2).

Finalmente, y para resolver el último objetivo del estudio, se establecieron relaciones entre la necesidad comparativa, la demanda comparativa y los servicios recibidos por régimen de afiliación, utilizando los análisis previos e interpretando los resultados.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los participantes fueron informados acerca de los objetivos del estudio, de los beneficios que de este se obtendrían y de sus características, además, se dejó claro que éste no implicaba riesgo para el encuestado y para la comunidad en general y que se cuidaría la confidencialidad de la información proporcionada, pues su nombre, dirección no serían incluidos en la información que se procesaría y publicaría. Se aclaró que la persona tendría derecho tanto a no contestar el cuestionario como a suspenderlo en cualquier momento, lo cual en ningún caso tendría consecuencias para la persona o para su familia. Igualmente se informaron los nombres del investigador principal, de la entidad que respaldó la investigación, del director del comité de ética que aprobó la investigación, del coordinador de trabajo de campo, así como los datos de contacto de estas personas, con las cuales el entrevistado podría comunicarse si hubiera deseado ampliar información o informar asuntos que consideró pertinentes acerca del desarrollo de la entrevista o de otros aspectos generales del estudio. Se comunicó la forma en que se difundirá a la comunidad los resultados de la investigación. Se prepararon dos tipos de consentimientos informados el de mayores de 18 años y el de menores y personas adultas con limitaciones a cargo de cuidadores.

En cada hogar se recogieron 2 consentimientos informados: (1) el del informante clave quien dio información sobre todos los miembros del hogar y (2) el del individuo seleccionado al azar para responder por asuntos más específicos del acceso a servicios de salud (ver consentimientos en el Anexo F); cuando este último fue un menor de edad, un mayor de 60 años o un adulto con dificultad para responder por sí mismo la entrevista, está se aplicó a un informante idóneo. Se obtuvo un solo consentimiento informado, en los casos donde coincidió que el individuo quien contestó la primera parte de la encuesta fue el mismo que por azar respondió la segunda.

El encuestador presentó el consentimiento informado leyendo textualmente el mismo a la persona seleccionada para ser entrevistada, le preguntó de manera explícita si aceptaba responder la encuesta y en caso de obtener una respuesta positiva firmó el consentimiento y solicitó la firma del mismo – en original y copia -- a la persona que se encuestó y a dos testigos mas, agregando los números de los documentos de identidad de los testigos, en todo caso estos fueron mayores de edad. Si alguna de las personas no sabía firmar se recogió su huella dactilar del índice de la mano derecha.

Una copia del consentimiento fue entregada al encuestado y el original fue conservado por el encuestador y entregado al supervisor de campo junto con el instrumento diligenciado.

Esta investigación se clasificó como “sin riesgo”, dado que no expuso al encuestado o a la comunidad a intervenciones de ningún tipo. Cuando, durante el desarrollo de la encuesta, se detectaron problemas de salud en cualquiera de los miembros del hogar, los cuales aún no estaban siendo atendidos, al finalizar la misma, el encuestador motivó a consultar los servicios de salud según el derecho que tenía el implicado en el marco del tipo de vinculación al sistema de seguridad social en salud. Todos los casos de este tipo que se presentaron fueron informados por el encuestador al supervisor de campo, quien visitó la familia posteriormente a la encuesta y reforzó la motivación a consultar.

La confidencialidad se garantizó con dos aspectos: (1) la custodia y el manejo discreto de los instrumentos y (2) la no inclusión en la base de datos del estudio de nombres o direcciones de cada uno de los registros. Durante la entrevista solo se solicitó el nombre del encuestado y un teléfono de contacto para efectos de la constatación que el supervisor de campo hizo de la aplicación de la encuesta y para poder contactarlo nuevamente en los casos en que se requirió complementar, corregir o aclarar información.

7. RESULTADOS

Se presentan en cuatro grandes capítulos y de acuerdo a los objetivos del estudio. En primer lugar el análisis de la política pública con relación al acceso de los servicios de salud en Colombia; en segundo lugar la caracterización de la población encuestada; luego se exponen los resultados relacionados con las necesidades de atención sentidas, expresadas (demanda) y resueltas por los servicios de salud y se continua con los factores que influenciaron el acceso a los servicios de salud. Los aspectos que tienen que ver con la relación entre la necesidad comparativa, la demanda comparativa y los servicios recibidos por régimen de afiliación se describen en los dos últimos capítulos.

7.1 ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA CON RELACIÓN AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.

Este capítulo presenta en primer lugar una revisión y posteriormente un análisis de diversos documentos de carácter nacional, referentes obligados frente al acceso a los servicios de salud, con énfasis en los aspectos relacionados de manera indirecta o directa con el tema.

La revisión incluye además de la Constitución de 1991 y sus actos legislativos de reforma, las diferentes leyes y otro tipo de normas nacionales (políticas, decretos, resoluciones, acuerdos y circulares) reglamentarias del Sistema General de Seguridad Social relacionadas con el acceso a los servicios de salud; adicionalmente, la Sentencia T760⁷², emitida por la Corte Constitucional, la cual produce jurisprudencia con respecto al acceso a servicios de salud en el marco de la protección del derecho a la salud.

El análisis comentará la revisión y relacionará desde el contenido de la política pública, los facilitantes y limitantes del acceso a los servicios de salud contrastándolos para la población afiliada al régimen subsidiado y la del contributivo.

7.1.1 La Constitución Nacional de 1991

En su título II, capítulo 1⁷³, sobre derechos fundamentales, la carta magna, en congruencia con sus principios, declara la inviolabilidad del derecho a la vida (artículo 11) y las condiciones de igualdad ante la ley de derechos, oportunidades y de protección sin ninguna discriminación (artículo 13). Más adelante, en su

capítulo 2, de los derechos sociales, económicos y culturales, se enuncian los derechos de los niños con el propósito de garantizar la protección de esta población por la familia, la sociedad y el Estado, de tal manera que dichos derechos prevalecen sobre los de los demás. Como derechos de los niños se incluyen, entre otros, el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad social (artículo 44). Otra población mencionada de manera específica con un propósito de protección es la de tercera edad (artículo 46).

Es en el artículo 48 donde la seguridad social se declara un servicio público de carácter obligatorio y un derecho irrenunciable para todos los habitantes. También, éste abre la participación de los particulares y de la empresa privada, tanto en la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social como en la prestación de los servicios de salud.

Seguidamente, en el artículo 49, la Constitución Nacional precisa el carácter de servicio público a cargo del Estado de la atención en salud como del saneamiento ambiental; y la garantía para todas las personas del acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Con el propósito de establecer los mecanismos de dirección y regulación de la prestación de los servicios de salud y de saneamiento ambiental, en este artículo se otorga al Estado la responsabilidad de organizar, dirigir y reglamentar ésta función conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, le corresponde establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Adicionalmente, establecer las competencias de los diversos actores a nivel nacional, en las entidades territoriales y de los particulares. Según este artículo, los servicios de salud se deben organizar en forma descentralizada y por niveles de atención. Deja por desarrollar en la ley los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria y enuncia el deber de todas las personas de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

En referencia a la población infantil, el artículo 50, con el fin de proteger a los menores de un año, declara que éstos, cuando no estén cubiertos por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrán derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

En el capítulo 3, de los derechos colectivos y del ambiente, la carta expresa la necesidad de la ley por regular el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización y declara la responsabilidad de quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

Para terminar, en el título XII, del régimen económico y de la hacienda pública, capítulo 5, sobre la finalidad social del estado y de los servicios públicos, la Constitución afirma textualmente en su artículo 366:

“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.”

7.1.2 Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007

La Ley 100 es la norma, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral⁷⁴, ésta fue modificada por la Ley 1122 de 2007.

En aras de que la revisión se enfoque sobre los aspectos relacionados con el acceso a los servicios de salud, los tópicos aquí desarrollados solo se ocuparan de describir los contenidos determinantes del acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado, objeto de la presente investigación.

La Ley 100, continuamente reglamentada y modificada, en su libro II, título I, capítulo I, objeto, fundamentos y características del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, define como objetivos del Sistema: (1) regular el servicio público esencial de salud y (2) crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención (artículo 152). A continuación en su artículo 153, enuncia y describe las **reglas de servicio público de salud** en nueve numerales, entre los cuales son de especial importancia para el tema del acceso, la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia y la calidad.

La **equidad** se expresa en el esfuerzo para proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago, incluyendo el financiamiento estatal para aquella población más pobre y vulnerable. En consonancia con esta regla, en el artículo 154 sobre los fines del sistema, se define lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país. Con relación al financiamiento especial a la población más pobre y vulnerable, en el artículo 157, la Ley define el régimen subsidiado como el mecanismo más efectivo para garantizar la atención en salud a este tipo de población. Para la población vinculada laboralmente a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, la Ley define el régimen

contributivo como el mecanismo de acceso a la atención en salud mediante el pago de una cotización reglamentaria.

La **obligatoriedad**, dada por la ineludible afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para todos los habitantes del país.

La **protección integral** pretende garantizar atención en salud a la población en condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia en todas las fases de intervención: educación, información y fomento de la salud; prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es un fin de la norma, enunciado en el artículo 154, numeral e), establecer la atención básica en salud en forma gratuita y obligatoria.

En concordancia con la Constitución y para garantizar la protección integral, el artículo 156 en su literal c) precisa que todos los afiliados al Sistema recibirán un plan con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, denominado “Plan Obligatorio de Salud, POS” con descripción detallada de sus contenidos en normas reglamentarias posteriores que plantean diferencias entre los contenidos del POS a ofrecer a la población cotizante y sus beneficiarios, es decir, la afiliada al régimen contributivo, además a la población pobre y vulnerable beneficiaria del subsidio estatal o afiliada al régimen subsidiado, estableciendo como plazo para igualar los planes de beneficios el año 2001.

Según el párrafo 5, del artículo 162, para la prestación de los servicios del POS, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia, y contra referencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

En el punto de partida del Sistema, el plan de beneficios del régimen subsidiado incluyó servicios de salud del primer nivel por porcentaje menor de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo y una incorporación progresiva de los servicios del segundo y tercer nivel de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Por otra parte, amparado en el artículo 48 de la Constitución Nacional y en las leyes 100 y 812 de 2003^{*}, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, autorizó en el Acuerdo 267 de 2004⁷⁵, la asignación de recursos con el objeto de ampliar la cobertura en el Régimen Subsidiado mediante subsidios parciales del POSS. Entre las consideraciones enunciadas más relevantes para el tema del acceso a los servicios de salud se encuentran: la necesidad de implementar esquemas innovadores de protección social que sean lo más costo efectivos posibles y generen el mayor impacto social al mayor número de personas y de brindar protección a la población pobre y vulnerable en aquellos aspectos que

^{*} Colombia, Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, “Hacia un Estado Comunitario”, Bogotá, 2003.

afecten en mayor medida su bienestar y menoscaben de manera considerable su capacidad económica. Consideró el Consejo que el esquema de subsidios parciales permite cubrir a un mayor número de personas garantizando la prestación de los servicios de mayor riesgo económico y que por ende aumentan la situación de vulnerabilidad de las personas.

La revisión de los contenidos del POS para ambos regímenes y para los subsidios parciales se expondrá cuando se presenten las normas específicas que reglamentan dichos contenidos.

Según la **libre escogencia**, los usuarios afiliados al Sistema seleccionarán entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, aquellas que más les convengan cuando sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Entre las características del Sistema, el literal g) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, ratifica esta regla, adicionando el derecho a escoger a las instituciones prestadoras de servicios de salud, y a los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas. En concordancia, el artículo 179 declara como *“cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”*.

La **calidad**, para garantizar atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales, el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (artículo 186), para esto la Ley, en su artículo 199, responsabiliza al Ministerio de Salud por la definición de las normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con la patología y necesidades de atención del paciente. En el artículo 178, numeral 6, la norma confiere a las Empresas Promotoras de Salud, entre otras funciones, la de establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y proveer información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios.

Por otra parte, en enero de 2007 fue aprobada la Ley 1122⁷⁶, con el objeto de realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. En su artículo N. 14, sobre organización del aseguramiento, se definen reglas adicionales para la operación del sistema, entre éstas y para el propósito del presente trabajo es importante destacar los literales a, f, g y h, los cuales precisan aspectos dirigidos a mejorar el acceso al sistema y al plan de beneficios. Según la

norma, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN se benefician con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, siempre y cuando cumplan los criterios definidos en la norma (literal a); las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención se ejecutan a través de las EPS del Régimen Subsidiado y la prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hace a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio (literal f), con excepción de las situaciones donde las ESE's no tienen capacidad para prestar estos servicios. No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo remplace (literal g). No habrá períodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo (literal h).

Con relación a la **libre escogencia** de la IPS, en el párrafo 1 del artículo 25, la Ley 1122 define como el usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta. Para disminuir la vulneración del derecho a la libre escogencia dado porque las EPS constituyeron un gran número de IPS con las cuales contrataron la prestación del POS, las cuales jurídicamente tienen autonomía pero comercialmente hacen parte de su mismo negocio, esta Ley, en el artículo 15, con el propósito de regular la integración vertical patrimonial y de la posición dominante, prohíbe a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

7.1.3 Beneficios del plan obligatorio de salud

Con la Ley 100 de 1993, se definieron dos regímenes de aseguramiento para la prevención y gestión de los riesgos asociados a enfermedad general y maternidad: uno para los trabajadores y sus familias denominado Régimen Contributivo, RC, y otro para la población sin capacidad de pago denominado Régimen Subsidiado, RS.

El primero se financia mediante impuestos a la nómina de manera que por cada afiliado al régimen, éste y su empleador, contribuyen con un porcentaje de sus ingresos fijado por la Ley 1122 de 2007 en el 12.5%. El segundo, RS, se financia con una mezcla de impuestos generales provenientes de las entidades territoriales, el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA (1.5% puntos de los impuestos a la nómina que se recaudan en el RC, mas aportes del gobierno nacional y de las Cajas) y otros recursos.

Así, los afiliados al RC cotizan el 12.5% de sus ingresos al SGSSS mientras los afiliados al RS no lo hacen; el criterio de elegibilidad para afiliarse al Régimen Subsidiado es estar en los niveles más bajos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN.

Además, todos los afiliados al SGSSS deben efectuar copagos o cuotas moderadoras cuando requieran servicios de salud, con excepción de los afiliados al régimen subsidiado clasificados en el nivel I del SISBEN (literal g, artículo 14, Ley 1122 de 2007), recursos que también están dirigidos a financiar el sistema y las prestaciones incluidas en el POS. Aunque las cuotas moderadoras están destinadas a financiar el sistema, su principal función es moderar la demanda de servicios con excepción de los programas y servicios de promoción y prevención. Para cada régimen se definió un paquete de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C) y el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S), sobre los cuales tratan los siguientes apartes.

7.1.3.1. Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo, POS-C. En julio de 1994, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adoptó por Acuerdo 008⁷⁷ el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo, el cual en su artículo 1, lo define como *“el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Régimen Contributivo, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud a todos sus afiliados”*; y mediante la Resolución 5261 de agosto del mismo año⁷⁸ estableció el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, MAPIPOS, para dar cumplimiento a la provisión de servicios del POS por niveles de complejidad y garantizar el acceso a los contenidos específicos, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos y con el objetivo de unificar criterios en la prestación de servicios.

La responsabilidad del POS está a cargo de las Empresas Promotoras de Salud, EPS's, quienes lo deben ofrecer a través de contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, (públicas, privadas o de carácter mixto) quienes brindan la atención directa a la población.

En 118 artículos contenidos en dos libros, la Resolución 5261 presenta las actividades, intervenciones y procedimientos para el régimen contributivo y las características y especificidades del POS; en este sentido, la siguiente descripción se enfoca en aquellas definiciones del Manual, que afectan de manera directa el acceso a los servicios de salud de los afiliados al régimen contributivo. Para efectos de distinguir entre los dos planes obligatorios de salud, la sigla POS-C identificara al plan obligatorio de la población afiliada al régimen contributivo y POS-S, al plan de los afiliados al régimen subsidiado.

El parágrafo del Artículo 2, define un aspecto clave para el acceso a los servicios de salud, relacionado con los niveles de complejidad: *“El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos”*.

En el Artículo 3, la Resolución puntualiza como *“toda persona y su familia al momento de la afiliación a la E.P.S. deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las I.P.S. más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la E.P.S., para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad”*.

La **consulta médica general** o **paramédica** es considerada la puerta obligatoria de entrada a los niveles de complejidad, la norma establece como dado que el promedio de consulta al médico general por año es de dos, el usuario debe pagar una cuota moderadora a partir de la tercera consulta, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral (Artículo 5).

Con respecto a las **guías de atención** integral, el Artículo 6, indica como todo paciente que tiene alguna enfermedad cuyo manejo este definido en una de las Guías de Atención Integral, debe inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas. Dichas guías, adoptadas mediante Acuerdo No. 117 de 1998⁷⁹ y por la Resolución No. 412 del 2000⁸⁰, se orientan a las principales enfermedades en razón del perfil de morbilidad del país y contienen actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica. Relacionada con las guías de atención integral se presenta la **asistencia domiciliaria** (Artículo 8), definida como la *“que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia”*, ésta se prestará *“de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin”*.

A la **consulta médica especializada** se accede por remisión del médico general, interconsulta especializada o en los casos de urgencia cuando la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no está en condiciones de atender (Artículo 7).

Sobre la **urgencia** la Resolución 5261 en el Artículo 9º la define como *“la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la*

persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”.

La **atención de urgencias** comprende la organización de recursos de un proceso de cuidados indispensables e inmediatos a las personas que presentan una urgencia; es importante resaltar que las IPS deben prestar la atención inicial de urgencias a las personas independientemente de la existencia de convenio con la EPS a la cual se encuentra inscrito el usuario (Artículos 10) o con la entidad territorial en caso de la población pobre no asegurada.

La **internación**, se define como el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración mayor a veinticuatro (24) horas. Si la duración es inferior a este tiempo se considerará atención ambulatoria. Excepto en la atención de urgencia, para utilizar este servicio el usuario debe llegar con la remisión médica.

Con respecto a la utilización de **prótesis, ortesis, aparatos y aditamentos ortopédicos** o para alguna función biológica, cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del individuo, éstos se darán en calidad de préstamo, cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios (Artículo 12). Se suministran prótesis, ortesis y otros: marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás; en aparatos ortopédicos, muletas y estructuras de soporte para caminar, siendo excluidos todos los que no estén expresamente autorizados (Parágrafo del Artículo 12).

Para la formulación y despacho de **medicamentos**, la formula médica deberá ceñirse a los medicamentos autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica (Artículo 13); éste fue adoptado por el Acuerdo 83 de 1997⁸¹, actualizado por el 228 de 2002⁸² y ampliado con inclusiones posteriores por los Acuerdos 263 de 1994, 336 de 2006, 368 de 2007 y 280 de 2008. El Acuerdo 228 de 2002, en su Artículo 8, estableció que para garantizar el derecho a la vida y a la salud a las personas, podrán formularse medicamentos no incluidos en el manual de medicamentos y terapéutica, previa aprobación del Comité Técnico Científico.

Las **enfermedades ruinosas y catastróficas** se definen como aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja costo-efectividad en su tratamiento. Estas se caracterizan por una baja costo-efectividad en la modificación del pronóstico. Las enfermedades y sus tratamientos definidos en el Artículo 17 de la Resolución 5261 han sido ampliados o modificados en el transcurso de los años (Acuerdos: 53 y 83 de 1997; 226, 228 y 236 de 2002; 254 y 263 de 2004; 282, 289, 302 y 313 de 2005; 336 y 350 de 2006; 368 y 380 de 2008), tanto por el reconocimiento y la aceptación de su incidencia en el perfil epidemiológico como por evidencia científica sobre mejor costo-efectividad y en su mayoría por demandas de los usuarios que han llegado vía

tutela hasta la Corte Constitucional, la cual en jurisprudencia a sentenciado inclusiones tanto de eventos como de atenciones, tratamientos y medicamentos.

El Artículo 18 de la Resolución 5261 plantea las **exclusiones y limitaciones del POS**, definiéndolas como todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, hoy Comisión Nacional de Regulación, CRES (Ley 1122 de 2007). Ver listado de exclusiones y limitaciones en el Anexo 1.

El Manual reconoce 23 grupos de actividades, intervenciones y procedimientos, los cuales clasifica por niveles de complejidad según su función y el tipo de personal idóneo para su ejecución (Artículo 91); se define la complejidad de las actividades, intervenciones y procedimientos en cuatro niveles, asignándole a cada uno diversos grupos así:

Nivel I: Grupos 01, 02, 03.

Nivel II: Grupos 04, 05, 06, 07, 08.

Nivel III: Grupos 09 al 23.

Nivel IV: Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las enfermedades catastróficas.

Son responsables en el caso del nivel I, el médico general y o personal auxiliar u otros profesionales de salud; en el nivel II, el médico general con interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados; y en el nivel III y IV, el médico especialista con la participación del médico general.

En el párrafo del Artículo 95, la Resolución posibilita al médico general para prescribir y ordenar medios terapéuticos y/o diagnósticos de niveles superiores, si sus condiciones técnicas y científicas se lo permiten y de acuerdo a los niveles de responsabilidad ya definidos y a los parámetros definidos en el Sistema de Garantía de Calidad.

Por otra parte, el Artículo 23 del Decreto 2323 de 2006⁸³, sobre la financiación de exámenes de laboratorio de interés en salud pública, en su numeral 3, dice: *“Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado según la afiliación del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud...”*. En el mismo Decreto se define los exámenes de laboratorio de interés en salud pública como *“las pruebas analíticas orientadas a la obtención de resultados para el diagnóstico y/o confirmación de los eventos sujetos a vigilancia en salud pública y exámenes con*

propósitos de vigilancia y control sanitario, de conformidad con las disposiciones que sobre la materia establezca el Ministerio de la Protección Social”.

7.1.3.2. Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado, POS-S. En 1997, el CNSSS definió en el Acuerdo N. 72⁸⁴, el plan de beneficios del régimen subsidiado.

Antes y después del Acuerdo 72, varias normas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y del Ministerio orientaron, adicionaron o modificaron las definiciones del POS-S, tales como: la Resolución 5261 de 1994, Decretos 1895 de 1994 y 2357 de 1995, los Acuerdos 74 de 1997, 228 y 236 de 2002, 263 y 282 de 2004 del CNSSS; el Conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, la Resolución 412 del 2000, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 de 2002 y en las Resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002.

A diferencia del POS-C cuya definición y contenidos son únicos, para el régimen subsidiado existen dos tipos de planes de beneficio: los subsidios parciales y los totales. La decisión del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, de aprobar subsidios parciales para ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado se definió por Acuerdo el 267 de 2004. Mediante este se autorizó la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para financiar dichos subsidios. En consecuencia era necesario aclarar, precisar y compilar los contenidos del POS-S en los esquemas de subsidios plenos y de subsidios parciales. En 2005, en respuesta a la necesidad expresada anteriormente y para recoger y unificar toda la normatividad, el Consejo Nacional de Seguridad Social definió el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S en el Acuerdo 306⁸⁵.

El Acuerdo 306, derogó todas las disposiciones que le fueran contrarias, en especial los Acuerdos 072, 074 y el artículo 6° del Acuerdo 267 del CNSSS, el cual expuso los beneficios de los subsidios parciales.

Subsidio total o pleno. A continuación se describen los beneficios vigentes del POS-S con cobertura total, al momento de recoger la información del presente estudio.

En su Artículo 2, el Acuerdo 306, definió los contenidos del POS-S, en dos grandes grupos: acciones para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y acciones para la recuperación de la salud.

Las primeras, incluyen incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según las respectivas normas. La cobertura incluye la

colposcopia con biopsia y estudio anatómo-patológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del cáncer cérvico uterino.

Las segundas, incluyen las actividades, procedimientos e intervenciones según los siguientes niveles de cobertura y grados de complejidad, y teniendo en cuenta las definiciones y responsabilidades establecidas en los artículos 91 al 95 de la Resolución 5261 de 1994.

Para el presente estudio es importante resaltar que en el primer nivel de complejidad los afiliados al régimen subsidiado tienen derecho a la misma cobertura de servicios del régimen contributivo; *el plan cubre la atención para todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según lo definido para ese nivel en los artículos 20, 21, 96 al 100 y del 103 al 104 de la Resolución 5261 de 1994.*

La cobertura de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad, confiere prioridad en la atención al proceso de embarazo, parto y puerperio en los casos identificados como mediano y alto riesgo obstétrico y a la atención del menor de un año ambulatoria, hospitalaria, diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, quirúrgica y no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, del niño(a). Los derechos de los niños se restringen y condicionan a partir del cumplimiento del primer año de edad, los beneficios son únicamente los especificados en el Acuerdo 306*.

También son prioridades la consulta especializada de oftalmología y optometría en ciertos grupos de edad y la atención de algunos los problemas de salud que comprometen la visión, los eventos que requieren atención ambulatoria y quirúrgica por ortopedia y traumatología, siete procedimientos quirúrgicos (ver Tabla N. 1), atención de la rehabilitación funcional y de las enfermedades de alto costo (Artículo 3) tales como las cardiovasculares y las que comprometen el sistema nervioso central y la función renal, el gran quemado, los casos de infección por VIH, el cáncer, el reemplazo articular total o parcial de cadera o rodilla y la atención en cuidados intensivos. Se incluyen los materiales y suministros necesarios para la prestación de los servicios anteriores, los medicamentos contenidos en el Manual de Medicamentos vigente en el sistema, también el suministros de órtesis, prótesis, y dispositivos biomédicos condicionados y limitados a la norma; los servicios de hospitalización y la complementación diagnóstica y terapéutica que se requiera para atender los

* A la fecha de elaboración del presente análisis, en cumplimiento de las ordenes de la Corte Constitucional en su sentencia T-760, el Sistema determinó la unificación de los beneficios del POS para los niños hasta los 12 años en el Acuerdo de la CRES, 004 de 2004.

procedimientos y eventos ya mencionados; el servicio de transporte para traslados interinstitucionales hospitalarios siempre y cuando medie la remisión de un profesional de salud y sea para cubrir eventos ya descritos.

Asegura el POS-S el cubrimiento de la atención de accidentes de tránsito ocasionados por vehículo no identificado o no asegurado cuando los gastos por servicios médico quirúrgicos superen los 500 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento de ocurrencia del accidente, en cumplimiento del Decreto 1283 de 2006⁸⁶, igualmente, la atención inicial de urgencias.

El Régimen Subsidiado no contempla preexistencias para sus afiliados, ni períodos mínimos de afiliación o de carencia para la atención; tampoco copagos ni cuotas moderadoras para aquellos clasificados en el nivel I del SISBEN (Ley 1122 de 2007).

Subsidios parciales. El artículo 8 del acuerdo 306 define los beneficios de los subsidios parciales para las necesidades en salud relacionadas con las enfermedades de alto costo, la atención en ortopedia y traumatología, la atención del embarazo parto y puerperio, la atención integral del menor de 1 año y los medicamentos contenidos en el Manual, prescritos para atender los eventos anteriores y los formulados en atención ambulatoria del primer nivel de complejidad por profesionales de salud para resolver problemas cubiertos por el régimen subsidiado*.

La Tabla 2 resume y compara los contenidos del POS-C y del POS-S para subsidios totales y parciales por niveles de complejidad, antes de las últimas reformas definidas por la norma.

El documento del Ministerio de la Protección Social sobre evaluación del POS para ambos regímenes, en el cual se incluyen lineamientos para su reforma concluye como el POS-S tiene un área de atenciones no cubiertas, principalmente del segundo y tercer nivel de complejidad, las cuales son financiadas por el subsidio a la oferta a través de las direcciones territoriales de salud o por el bolsillo de los usuarios. Es oportuno mencionar que el POS-C tiene un mayor número de intervenciones que el POS-S.⁸⁷

* Al igual que para los subsidios plenos, el Acuerdo 004 de 2009 de la CRES, igualó los derechos de los niños menores de 12 años en todos los planes, incluyendo los subsidios parciales.

Tabla 2. Contenidos del POS-C y el POS-S total y parcial por niveles de complejidad

Nivel	POS-C	POS-S Total	POS-S Parcial
I	<ul style="list-style-type: none"> a. Acciones individuales de promoción de la salud. b. Acciones individuales de prevención de riesgos. c. Atención ambulatoria de menor complejidad (consulta médica general, urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, atención quirúrgica). d. Atención hospitalaria de menor complejidad (atención obstétrica, atención no quirúrgica u obstétrica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, valoración diagnóstica y manejo médico, hospitalización en habitación compartida) a. Atención quirúrgica de nivel I. 		<ul style="list-style-type: none"> a. La atención integral del embarazo, parto y puerperio. b. Atención integral al menor de un año. c. Los medicamentos, prescritos para atender los anteriores eventos.
II	<ul style="list-style-type: none"> a. Atención ambulatoria especializada: atención médica , NO quirúrgica, NO procedimental y NO intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. b. Laboratorios c. Amplio espectro de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (radiología, otros medios diagnósticos, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos) d. Amplio espectro de intervenciones médico quirúrgicas en los grupos 04 al 08 según la Resolución 5261 e. Atención hospitalaria de mediana complejidad. f. Internación general en habitación compartida. g. Transporte interinstitucional por remisión h. Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> a. Atención ambulatoria especializada para: <ul style="list-style-type: none"> .1. Niños menores de 1 año igual al POS-C. .2. Mujeres embarazadas con complicaciones, b. Menores de 20 años y mayores de 60 consulta con oftalmólogo y optómetra, si se requiere a lentes y monturas por un valor igual al 10% de un salario mínimo legal mensual vigente, c. Menores de 5 años con estrabismo que requieran atención médico quirúrgica d. Atención médico- quirúrgica por cataratas, e. Atención ambulatoria y hospitalización para todas las edades por ortopedia y traumatología, incluye atención por fisiatría y terapia física y resonancia magnética, este último solo para los hospitalizados. f. Atención a los siguientes procedimientos quirúrgicos: apendicetomía, histerectomía, colecistectomía, herniorrafia inguinal, crural y umbilical, esterilización quirúrgica femenina g. Rehabilitación funcional. h. Materiales y suministros i. Suministro de prótesis, órtesis y dispositivos médicos, 	<ul style="list-style-type: none"> a. Atención integral de embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones. b. Atención integral del menor de 12 años para toda enfermedad o afección de cualquier etiología. c. Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria. d. Medicamentos prescritos para atender los anteriores beneficios.

Nivel	POS-C	POS-S Total	POS-S Parcial
		<p>según la Res. 5261.</p> <p>j. Internación general en habitación compartida.</p> <p>k. Transporte interinstitucional por remisión</p> <p>l. Medicamentos</p> <p>m. Complementación diagnóstica y terapéutica</p>	
III	<p>Atenciones a todos los grupos poblacionales y en todos los sistemas anatómo-fisiológicos, así:</p> <p>a. Consulta especializada</p> <p>b. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos de nivel III (laboratorio clínico, imaginología, exámenes especiales, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos).</p> <p>c. Amplio espectro de intervenciones hospitalaria quirúrgica y no quirúrgica de alta complejidad en los grupos 09 al 23 según Res. 5261.</p> <p>d. Hospitalización general y en unidades de cuidados especiales</p> <p>e. Medicamentos</p>	<p>Los contenidos están limitados a las prioridades del binomio madre-hijo, a la atención integral del menor de 1 año y a los eventos de trauma consecuencia de la alta morbilidad y mortalidad por violencia, aunque limitados a los eventos de ortopedia y traumatología, así:</p> <p>a. Niños menores de 1 año igual a la Resolución 5261.</p> <p>b. Mujeres embarazadas con complicaciones</p> <p>c. Atención integral de ortopedia y traumatología.</p> <p>d. Hospitalización en unidades de cuidados especiales para atender los eventos descritos</p> <p>e. Rehabilitación funcional de nivel III.</p> <p>f. Materiales y suministros</p> <p>g. Suministro de prótesis, órtesis y dispositivos médicos, con limitaciones según la Res. 5261.</p> <p>h. Transporte interinstitucional por remisión</p> <p>i. Medicamentos</p> <p>j. Complementación diagnóstica y terapéutica para los eventos definidos en este nivel.</p>	<p>Limitaciones concretas solo a los siguientes eventos:</p> <p>a. Atención integral de embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones.</p> <p>b. Atención integral del menor de 12 años igual a la Resolución 5261.</p> <p>c. Atención integral de ortopedia y traumatología.</p> <p>d. Insumos y medicamentos según el plan de beneficios.</p>
IV	<p>Patologías de tipo catastrófico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasplante renal - Diálisis - Neurocirugía. Sistema nervioso - Cirugía cardíaca - Reemplazos articulares - Manejo del gran quemado. - Manejo del trauma mayor. - Manejo de pacientes infectados por VIH - Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. - Manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos. 		

Nivel	POS-C	POS-S Total	POS-S Parcial
	- Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.		

Fuente: Elaboración del autor

7.1.4 Sentencia T760

El 31 de julio de 2008, la Corte Constitucional de Colombia, profirió esta sentencia en respuesta a varios casos de tutelas relacionadas con situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud fue negado; teniendo en cuenta la unidad temática entre los mismos éstos fueron acumulados entre sí para ser fallados en conjunto. Los problemas se referían a situaciones como: *“acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, POS, sometidos a pagos moderadores; acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS; acceso a los servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno; acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad; acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos; acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona; libertad de elección de la ‘entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud’ y duda acerca de la inclusión del lente intraocular en el POS y procedencia del recobro”*^{*}.

La Corte argumentó dos propósitos para acumular los casos, el primero, *“tener una muestra lo más comprensiva posible del tipo de problemas que han llevado a los tutelantes a acudir a la justicia constitucional para obtener la satisfacción de sus derechos”*[†]; el segundo, *“analizar diferentes facetas del derecho a la salud y valorar sus implicaciones siempre con la finalidad de garantizar el goce universal, equitativo y efectivo de este derecho”*[‡].

La Sala encontró dos tipos de problemas jurídicos a resolver: los concretos y los generales. Sobre los primeros, en nueve numerales se plantean en modo de preguntas los problemas y las respuestas a casos específicos y se enuncian los procesos acumulados. Concluye La Corte al finalizar esta relación que *“estos casos revelan la existencia de problemas generales, graves y recurrentes en el sistema de protección del derecho a la salud”*.

Los problemas generales son *“de orden constitucional que tienen que ver con la regulación del sistema de protección del derecho a la salud, que afectan la posibilidad de que éste sea gozado efectivamente por las personas en situaciones concretas y específicas”*. Para La Corte un solo problema puede reunir todos los problemas generales: *“¿Las fallas de regulación... representan una violación de*

^{*} Sentencia T760 de 2008, página 5

[†] Ibid

[‡] Sentencia T760 de 2008, página 6

las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo?” A esta pregunta responde afirmativamente e imparte las órdenes necesarias para que se superen las fallas de regulación detectadas.

El análisis de los problemas concretos hace evidente que la resolución de casos individuales resulta insuficiente, pues estos se siguen presentando reiteradamente, lo cual es innegable ante la tendencia al crecimiento del número de tutelas relacionadas con el acceso a los servicios de salud. La Corte constató la existencia de fallas de tipo recurrente que son la causa del gran volumen de acciones de tutela, es decir, de solicitudes de amparo del derecho a la salud y al respecto dice textualmente: *“la fundamentalidad del derecho a la salud exige que las autoridades de regulación adopten las determinaciones para protegerlo, para evitar que se repitan durante largos años las mismas violaciones del mismo y para garantizar el goce efectivo del derecho por todos los usuarios del sistema de seguridad social en salud, creado hace ya 15 años”*.

Respetando la estructura del Sistema General de Seguridad Social, adoptado por Ley de la República, la Corte además de fallar cada caso concreto, ordenó soluciones a corto y mediano plazo, algunas inmediatas y otras sujetas a un cronograma dirigidas a una solución definitiva de los problemas, pues *“ante un patrón de violación de los derechos en salud debe la Sala tomar decisiones que apunten a que los órganos competentes también superen las fallas en la regulación que han llevado a que se constaten los irrespetos a este derecho en repetidas ocasiones”*. Las órdenes impartidas tiene que ver especialmente con:

Los planes de beneficio. Medidas para eliminar la incertidumbre acerca del contenido de los planes de beneficios y actualización periódica de los mismos.

- Unificación del Plan de Beneficios. Unificación inmediata en el caso de niños. Diseño de un programa y cronograma en el caso de adultos.
 - Ampliación de las competencias del Comité Técnico Científico, CTC, para que también se pronuncie sobre solicitudes de servicios médicos diferentes a medicamentos en cualquiera de los regímenes.
 - Medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran incluidos en el POS.
1. El derecho al recobro de servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios ante el FOSYGA o las entidades territoriales. Estas se justifican y relacionan con el acceso a los servicios de salud puesto que: “la posibilidad de que las instituciones prestadoras de servicios (IPS) garanticen efectivamente la prestación de los servicios de salud requeridos por la personas, depende de la disponibilidad real de los recursos económicos que permitan a las entidades asumir los costos de los insumos necesarios para

prestar los servicios y para mejorar su oferta en términos de tecnología y recursos humanos”.

- 1.1. La necesidad de agilizar la ejecución de las sentencias de tutela.
 - 1.2. La necesidad de corregir las trabas en el sistema de recobro
 - 1.3. La adopción de un plan de contingencia
2. Proteger el derecho a la información en salud:
 - 2.1. Carta de derechos del paciente.
 - 2.2. Carta de desempeño de las EPS elaborada por el Ministerio de la Protección Social, la cual deberá contemplar la información necesaria para que el usuario ejerza adecuadamente el derecho de libertad de escogencia.
 3. Alcanzar la meta de cobertura universal al 2010, plazo estipulado por el legislador.

En el numeral 8.1 de la sentencia, La Corte hace un resumen de las decisiones adoptadas para resolver los problemas concretos –casos-- y previamente refuerza los derechos de cada persona, así:

1. Acceso a servicios. Toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere y aquellos que requiere con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud.
2. Protección especial a niños y niñas. Los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos.
3. Concepto del médico adscrito y externo. Toda persona tiene derecho a que su EPS valore científica y técnicamente el concepto de un médico adscrito a la EPS que considera que la persona requiere un servicio de salud. En el evento excepcional de que el interesado acuda a un médico externo, concepto no podrá ser automáticamente descartado por la EPS, sino que es necesario una valoración de su idoneidad.
4. Acceso sin obstáculos por pagos. ‘Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de soportar el pago del mismo’.

5. Acceso al diagnóstico. Toda persona tiene derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
6. Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo. El acceso a los servicios de salud oportunos es especialmente garantizado para estas personas, no se les puede dejar de atender 'bajo ningún pretexto', ni pueden cobrarsele copagos.
7. Acceso con continuidad a la salud.
8. Información, acompañamiento y seguimiento. Toda persona tiene derecho a que las EPS o autoridades públicas adopten las medidas adecuadas para que, por lo menos, se suministre información sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre sus derechos, indicar específicamente cuál es la red de instituciones prestadoras de servicios de salud que tiene la obligación de atenderlo en los diferentes niveles de complejidad y (3) ser acompañada durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
9. Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS. Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad.
10. Acceso a los servicios de acuerdo al principio de integralidad. Toda persona tiene derecho a acceder integralmente a los servicios de salud que requiera. En tal sentido, toda persona tiene derecho, entre otras cosas, a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder integralmente a los servicios de salud que requiere con necesidad.
11. Libertad de elección de EPS. Toda persona tiene derecho a elegir la EPS que se encargará de garantizarle la prestación de los servicios de salud, con las limitaciones razonables que imponga la regulación.

En resumen, desde la política hay claras diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado que afectan el principio de la equidad horizontal de "igual acceso a igual necesidad" y también el de la equidad vertical, según la cual todas las personas con igual necesidad de atención tienen posibilidad de acceder a los mismos cuidados.

7.2 CARACTERIZACIÓN DEMOGRAFICA Y SOCIOECONOMICA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO POR TIPO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Los datos que se exponen a continuación están expandidos a la población del barrio y ajustados por posestratificación, según lo descrito en la metodología.

7.2.1 Aspectos demográficos y sociales

En esta parte del estudio los resultados son comparados con los del censo 2005 para la Comuna 16, C16, y otros estudios DANE para Cali, área metropolitana, A.M.,^{88,89} dado que el barrio República de Israel, BRI, tiene una composición poblacional general a la de la Comuna y que se aplicaron preguntas usadas por el DANE.

Al indagar sobre las personas por hogar se encontraron 5 personas en promedio, [DE=1,91]; con un mínimo de una y máximo de 13, mientras el censo 2005 reportó un promedio más bajo, 3,6 personas por hogar.

La antigüedad en el barrio fue para el 90,1% de los hogares de más de un año, para el 6,3% entre 3 a 12 meses y para el 3,6% entre dos meses o menos. Esto muestra la estabilidad de las personas que residen en el barrio, lo cual refuerza que las vivencias encontradas pertenecen a este territorio.

Del total de las personas encuestadas, el 20,5% fueron jefes del hogar; se estableció el parentesco con relación a la jefatura encontrando: 39,5% hijo/hija/hijastro(a); 15,1% cónyuge o compañera(o); el 12,2% nieto o nieta; otros parientes correspondieron al 5,6%; en menos del 2,0% se reportaron nuera o yerno, madre/padre/suegro(a), los no parientes y la empleada doméstica. Los resultados son similares a los encontrados en el Censo de 2005, las diferencias más notables se dieron en las proporciones de jefes de hogar, nietos(as) y otros parientes. Véase Tabla 3.

Tabla 3. Comparativo de la composición del hogar según parentesco. Barrio República de Israel, 2009 y Comuna 16, 2005. Cali

Categorías	% BRI* (2009)	% C16** (CENSO 2005)
Jefe o jefa del hogar	20,5	28,1
Cónyuge (pareja)	15,1	15,4
Hijo(a), hijastro(a)	39,5	38,9

Categorías	% BRI* (2009)	% C16** (CENSO 2005)
Yerno, nuera	1,9	0,9
Nieto(a)	12,2	6,7
Padre, madre o suegro(a)	1,7	2,0
Hermano(a), hermanastro(a)	2,0	2,4
Otro pariente	5,6	3,4
Empleado (a) domestico	0,2	0,3
Otro no pariente	1,3	1,9
Total	100	100,0

*BRI=Barrio República de Israel

**C16=Comuna 16

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio. DANE, Censo 2005.

En relación con el estado civil, en la población mayor o igual a 15 años se encontró: solteros, 40,9%, casado, 25,6%, unión libre, 24,4%, separados, 4,7% y viudos, 4,3%, solo el 0,1% desconocía el estado civil de los integrantes del hogar.

7.2.1.1 Estructura demográfica. La edad osciló entre un mes hasta 101 años, con un promedio de 30 años [DE=20,05] y una distribución asimétrica positiva. Se encontró que el 53,2% eran menores o iguales a 29 años, mientras el 10,1% eran mayores o iguales a 60. Con relación a la distribución por sexo, el 51,6% eran mujeres y el 48,4% hombres. La Tabla 4 compara la edad en grupos quinquenales entre los resultados del estudio y en Censo 2005, se encontró gran similitud.

Tabla 4. Comparativo de edad en grupos quinquenales. Barrio República de Israel, 2009 y Comuna 16, Censo 2005. Cali

Grupos de Edad	% BRI* (2009)	% C16** (CENSO 2005)
0-4 años	7,9	8,3
5-9 años	9,4	9,6
10-14 años	9,7	10,0
15-19 años	9,4	9,3
20-24 años	8,9	8,9
25-29 años	8,0	8,2
30-34 años	8,4	8,2
35-39 años	8,2	8,3

Grupos de Edad	% BRI* (2009)	% C16** (CENSO 2005)
40-44 años	7,7	7,3
45-49 años	5,3	5,3
50-54 años	3,9	4,0
55-59 años	3,1	3,2
60-64 años	2,9	2,8
65-69 años	2,7	2,6
70-74 años	1,9	1,7
75-79 años	1,5	1,2
80-mas años	1,1	1,3
Total	100	100

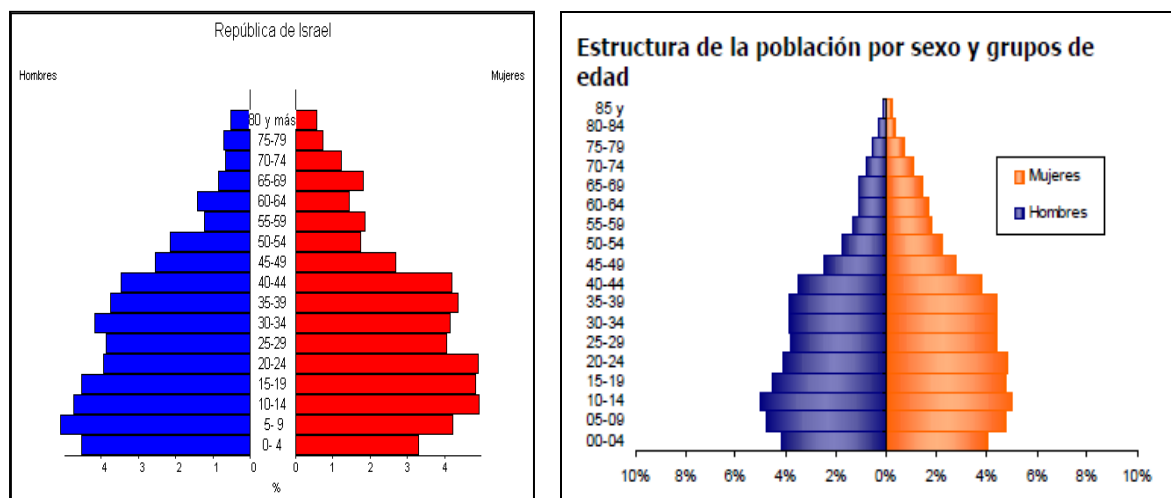
*BRI=Barrio República de Israel

**C16=Comuna 16

Fuentes: Elaboración propia, cálculos del estudio. DANE, Censo 2005

La distribución por grupos de edad y sexo fue similar; al comparar los resultados de la estructura de la población en el presente estudio con la pirámide poblacional de la Comuna 16 resultado del censo 2005, se encuentra similitud en los rasgos generales; el proceso de transición demográfica es evidente. Véase Gráfico 6.

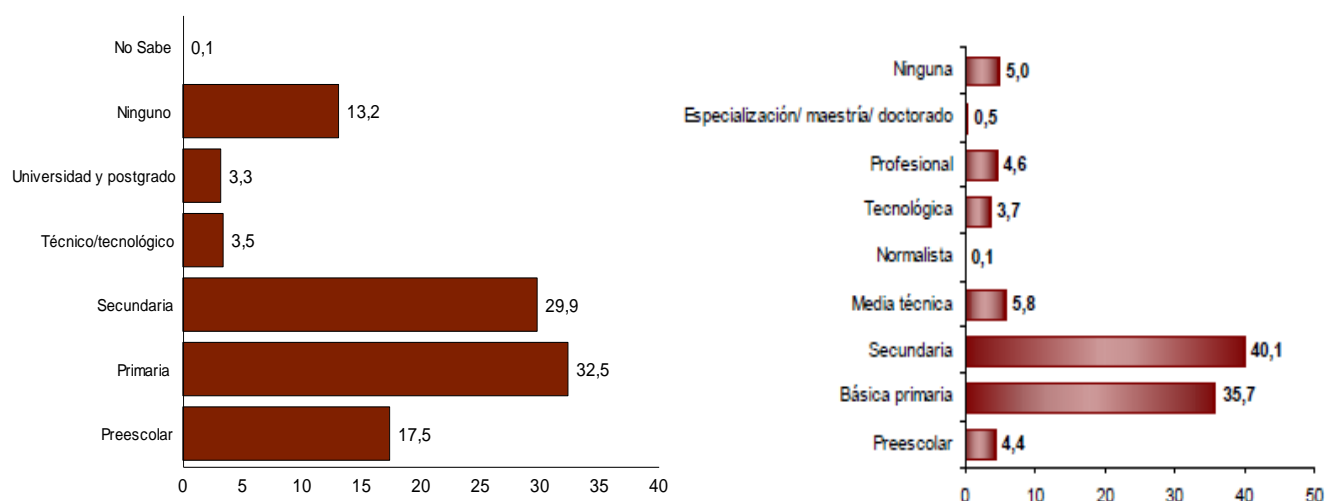
Gráfico 6. Comparativo pirámides poblacionales Barrio República de Israel, 2009 -- Comuna 16, Censo 2005. Cali



Fuentes: Elaboración propia, cálculos del estudio. DANE, Boletín Censo General 2005. Perfil Comuna 16 – Cali

7.2.1.2. Escolaridad. A nivel de escolaridad, un 32,5% de la población encuestada terminó la primaria, un 29,9% la secundaria; 6,8% terminaron estudios técnicos y/o universitarios, mientras un 17,5% logro nivel preescolar y un 13,3% no completó ningún nivel de escolaridad, se encontraron diferencias con los datos del censo 2005, éstos muestran una mayor escolaridad. Véase Gráfico 7.

Gráfico 7. Comparativo nivel de escolaridad Barrio República de Israel, 2009 – Comuna 16, censo 2005. Cali



Fuentes: Elaboración propia, cálculos del estudio. DANE, Boletín Censo General 2005. Perfil Comuna 16 – Cali

7.2.1.3. Ocupación*. El 78,6% de población encuestada está en edad de trabajar (mayor de 12 años); el 46% se clasificó como población económicamente inactiva, PEI[†] y el 54% como población económicamente activa, PEA[‡], cifra muy cercana al 50,3% encontrado en el Censo 2005. Entre la PEA un 86,8% estaba ocupado al momento de la encuesta y un 13,2% desocupado (desempleado). Véase Gráfico

* Se utilizó la clasificación del DANE aplicada en las Encuestas Nacionales de Hogares.

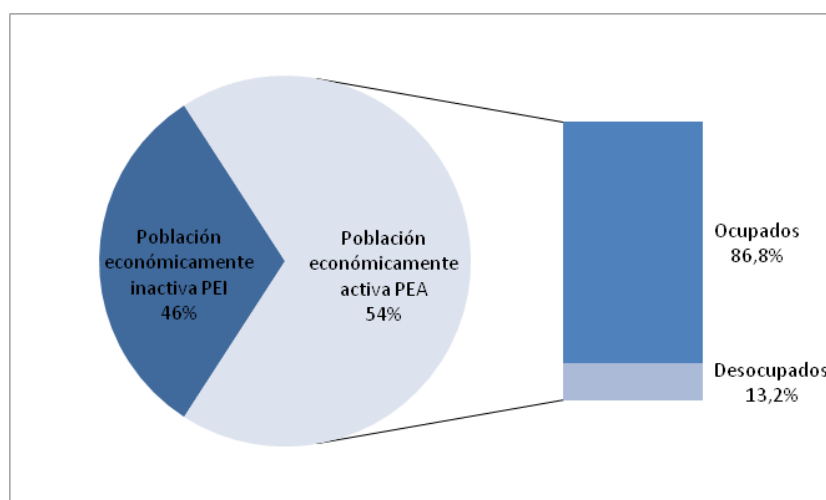
[†] PEI: Comprende a todas las personas en edad de trabajar que no participan en la producción de bienes y servicios porque no necesitan, no pueden o no están interesadas en tener actividad remunerada. A este grupo pertenecen las siguientes actividades: estudiantes, amas de casa, pensionados, jubilados, rentistas, inválidos, personas que no les llama la atención o creen que no vale la pena trabajar, trabajadores familiares sin remuneración que se encuentran laborando menos de 15 horas semanales.

[‡] PEA: También se le conoce como fuerza de trabajo y está conformada por las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia (semana inmediatamente anterior a aquella en la cual se realiza la encuesta) ejercieron o buscaron ejercer una ocupación remunerada en la producción de bienes y servicios y los ayudantes familiares que trabajaron sin remuneración en una empresa familiar por lo menos 15 horas semanales. Esta población se divide en ocupados y desocupados.

8. Este último dato coincide plenamente con el indicador reportado por el DANE para Cali en el trimestre móvil septiembre noviembre de 2009.

Entre la población ocupada se encontraron las siguientes posiciones ocupacionales: trabajador familiar sin remuneración 3,6%; obrero, empleado particular, 46,5%; obrero, empleado del gobierno, 4,1%; empleado doméstico, 1,5%; trabajador por cuenta propia, 43,0%; patrón o empleador, 1,2%. Al comparar estos resultados con las cifras de la Encuesta Nacional de Hogares, DANE, 2008 para el área metropolitana de Cali, se encuentra similitud, las mayores diferencias -siendo éstas relativamente pequeñas- se dan para las posiciones trabajador por cuenta propia y patrón o empleador. Véase Gráfico 9.

Gráfico 8. Ocupación, Barrio República de Israel, 2009. Cali

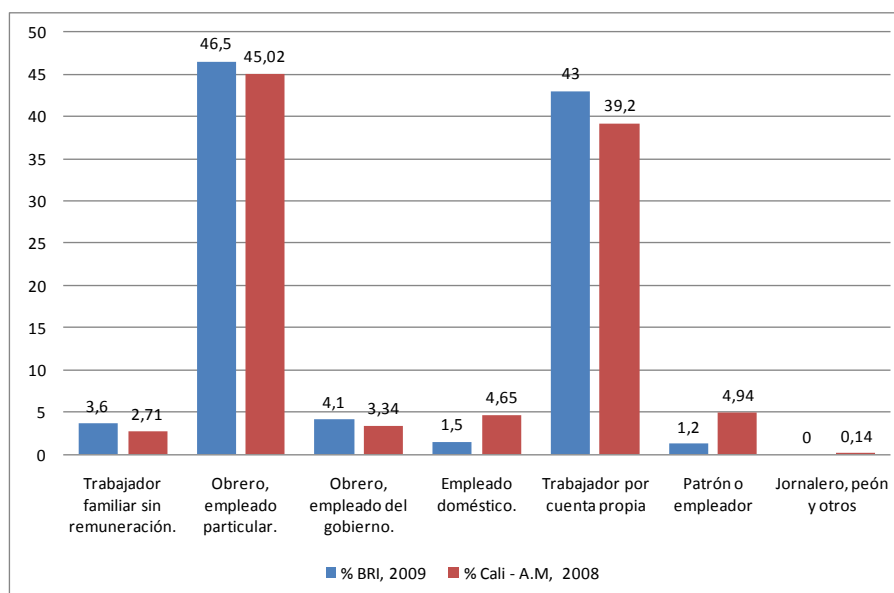


Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.2.2 Aspectos generales de afiliación al sistema general de seguridad social en salud

La situación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se comportó así: el 47,2% de la población pertenecía al régimen contributivo; el 37,0% al subsidiado y un 1,6% en el régimen de excepción o especial. El 11,6% de las personas reportaron no estar afiliadas y un 2,6% desconocían el tipo de afiliación. Véase Gráfico 10.

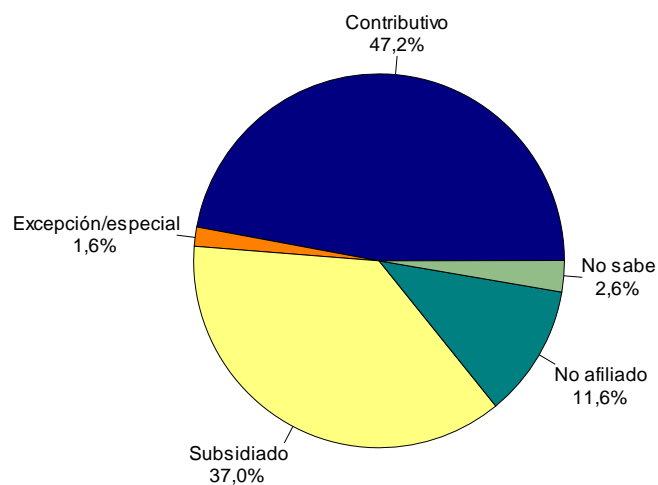
Gráfico 9. Posición ocupacional, República de Israel, 2009 – Cali, AM, 2008



BRI= Barrio República de Israel -- AM= Área metropolitana

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 10. Afiliación al SGSSS de la población del BRI, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al comparar datos 2006, de aseguramiento en la Comuna 16, con los de este estudio se encontró similitud en la afiliación al contributivo incluyendo los del régimen de excepción, 50,5% y 48,8% respectivamente; sin embargo en el régimen subsidiado hubo diferencias, el porcentaje de afiliación fue 10 puntos porcentuales más bajo con respecto al Censo; el reporte de las personas sin afiliación fue 8,9 puntos porcentuales más alto y un 2,6% de los casos el informante desconocía si los integrantes del hogar estaban afiliados o no. Véase Tabla 5. Según el Conpes 112 de 2008, al 2008 Cali tenía un 97% de su población asegurada, 64% en el contributivo y 33% en el subsidiado.

Las diferencias en la proporción de personas afiliadas al régimen subsidiado puede explicarse por el proceso de desafiliación que el municipio tuvo en el 2008, dirigido a focalizar la cobertura sobre nivel I y 2 del SISBEN, según la Secretaría de Salud Pública Municipal se desafiliaron 30.000 personas. Al momento de la aplicación de la encuesta la selección de nuevos beneficiarios estaba hecha pero muchas personas aún no habían recibido el carnet.

Entre los afiliados al régimen subsidiado, se reportó un 35,3% de subsidio parcial y un 26,3% de subsidio total; el 38,5%, una cifra muy importante, reportó desconocer el tipo de subsidio al que tiene derecho. Véase Tabla 5. La comparación con los datos de la Comuna 16 para 2006, muestra diferencias importantes en los porcentajes del tipo de subsidio otorgado a los beneficiarios, probablemente debidas al desconocimiento de los encuestados del tipo de subsidio que tienen los demás integrantes del hogar. Durante la aplicación de la encuesta se presentaron dificultades por el desconocimiento que los afiliados y sus cuidadores y parientes tiene del tipo de subsidio.

Tabla 5. Comparativo de Aseguramiento Comuna 16, 2006, Barrio República de Israel, 2009. Cali

Afiliación	% C16, 2006*	% BRI, 2009
Régimen contributivo y excepción	50,5	48,8
Régimen subsidiado	46,8	37
No afiliado	2,7	11,6
No sabe	0	2,6
Total	100	100
Régimen subsidiado		
Subsidio total	60	26
Subsidio parcial	40	35
No sabe	0	39
Total	100	100

Fuente: *Estadísticas Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, 2006. Elaboración propia, cálculos del estudio.

En la Tabla 6 se describe el tipo de afiliación de acuerdo al régimen, se observa cómo un 57,8% de beneficiarios entre los afiliados al contributivo, mientras para el régimen de excepción fue 68,7%.

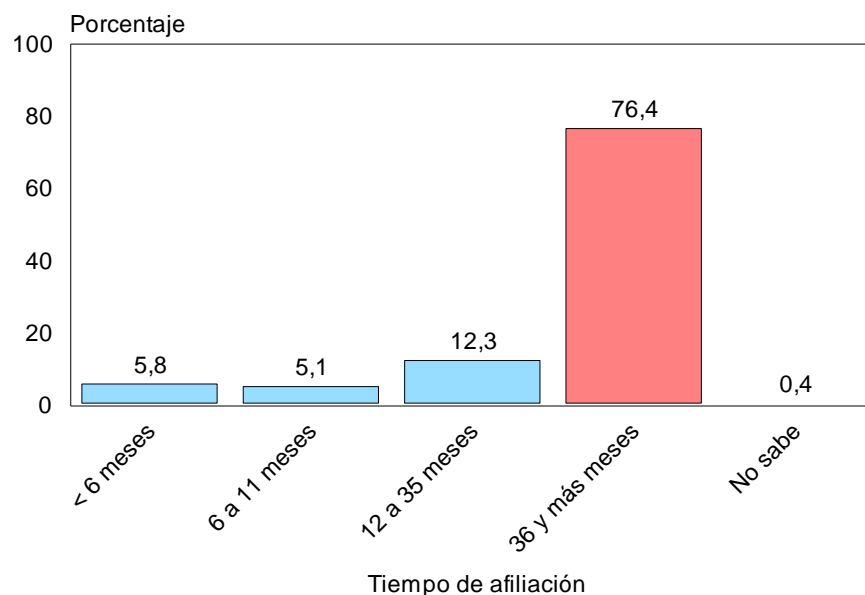
Tabla 6. Régimen y tipo de afiliación al SGSSS de la población del Barrio República de Israel, 2009. Cali

Tipo de afiliación	Régimen de afiliación			Total (%)
	Contributivo (%)	Excepción/especial (%)	Subsidiado (%)	
Cotizante	41,2	29,5		23,2
Beneficiario	57,8	68,7		33,1
Cotizante adicional	0,4			0,2
No sabe	0,5	1,8		0,3
No aplica			100	43,1
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.2.2.1 Tiempo de afiliación al sistema y planes adicionales. Se encontró que el 76,4% estaban afiliados hacia 36 meses o más, solo el 10,9% reportó afiliación al sistema en los últimos 11 meses. Véase Gráfico 11.

Gráfico 11. Tiempo de afiliación al SGSSS de la población de estudio. Barrio República de Israel, 2009. Cali

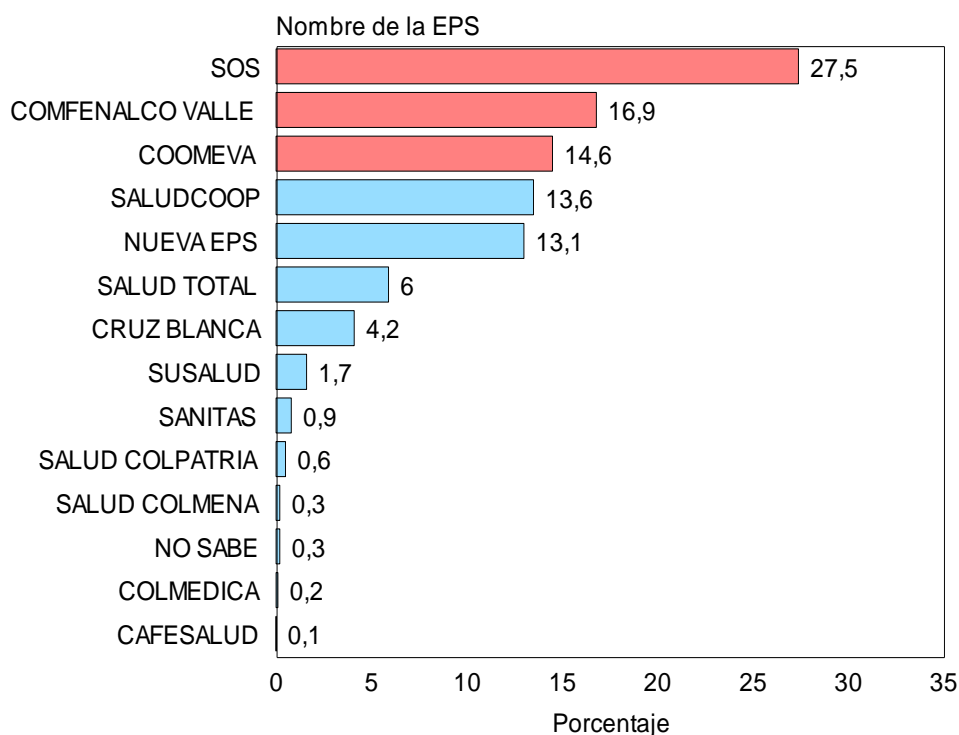


Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Con relación a la tenencia de planes adicionales de salud, el 92,9% de los afiliados no cuentan con estos, solo el 4,4% respondió positivamente, el 2,7% desconocía si un miembro de su familia contaba con esta opción.

7.2.2.2 Entidades Promotoras de Salud, EPS y redes de prestación de servicios. Con relación a la pertenencia a las Empresa Promotora de Salud (EPS), entre los afiliados al régimen contributivo el 27,5% reportó SOS, el 16,9% Comfenalco Valle y el 14,6% Coomeva. Véase Gráfico 12.

Gráfico 12. Empresas Promotoras de Salud, régimen contributivo. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

En la Tabla 7 se presentan, por cada EPS a la que pertenecen las personas del régimen contributivo, los prestadores de servicios las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que son usadas con mayor frecuencia. Véase el listado de todas las IPS reportadas por cada EPS en el Anexo H.

Tabla 7. Instituciones Prestadoras de Servicios más usadas, régimen contributivo según Empresas Promotoras de Salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

EPS	IPS
SOS	Comfandi Morichal Comfandi Calipso

EPS	IPS
	Comfandi El Prado
COMFENALCO VALLE	IPS de Comfenalco, calle 13 con carrera 64 IPS calle 5 con carrera 10
COOMEVA EPS	UBA Tequendama Servidoc Sur
SALUDCOOP	IPS Saludcoop Occidente – Cali Centro IPS Saludcoop Occidente – Cali Norte Cali Sur
NUEVA EPS	IPS Unión Médico Odontológica Integral Ltda (Torres de Maracaibo) Vivir 1A S.A
SALUD TOTAL	IPS Salud Total Calle 6 # 25-28 UPP Las Américas Salud Total
CRUZ BLANCA	Cruz Blanca Calle 13 # 49ª-10 Corporación Saludcoop Occidente Clínica Santillana
SUSALUD	Salud Limonar San Fernando
SANITAS	Clinisanitas Tequendama Clínica Centenario
COLPATRIA	IPS Pasoancho IPS Imbanaco
SALUD COLMENA	Salud Colmena Imbanaco IPS Colmena de la Cra 4 calle 18
COLMEDICA	COLMEDICA Carrera 38 A # 5A -100 Torre A Piso 1
CAFESALUD	IPS CAFESALUD Calle 5B con Carrera 42

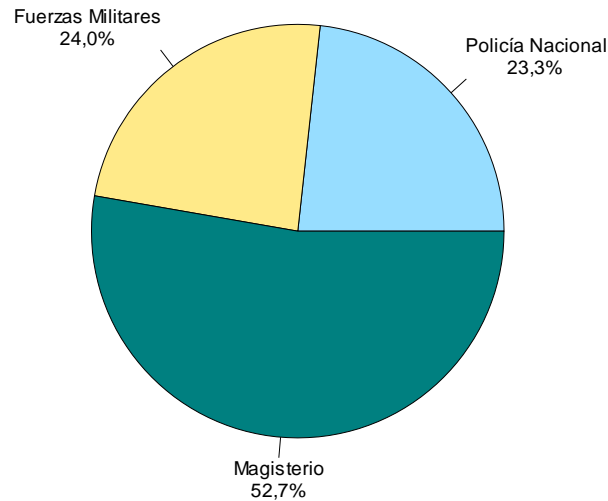
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Para el régimen de excepción, el 52,7% de las personas pertenecían a la EPS del Magisterio, mientras en las Fuerzas Militares se encontró un 24% y en Policía Nacional 23,3%. Véase Gráfico 13. Las IPS que fueron reportadas de mayor uso por el régimen de excepción se presentan en la Tabla 8, el listado de todas las IPS reportadas se encuentra en el Anexo H.

Frente a la distribución de las EPS en las cuales están inscritos los afiliados del Régimen Subsidiado, Calisalud y Emssanar aportaron los mayores porcentajes 57,8% y 23,0% respectivamente. Véase Gráfico 14.

Independientemente de la EPS, los afiliados al régimen subsidiado usan con mayor frecuencia el Hospital Carlos Carmona. Véase Tabla 9. El reporte de las otras IPS por cada EPS se encuentra en el Anexo H.

Gráfico 13. Empresas Promotoras de Salud, régimen de excepción. Barrio República de Israel, 2009. Cali



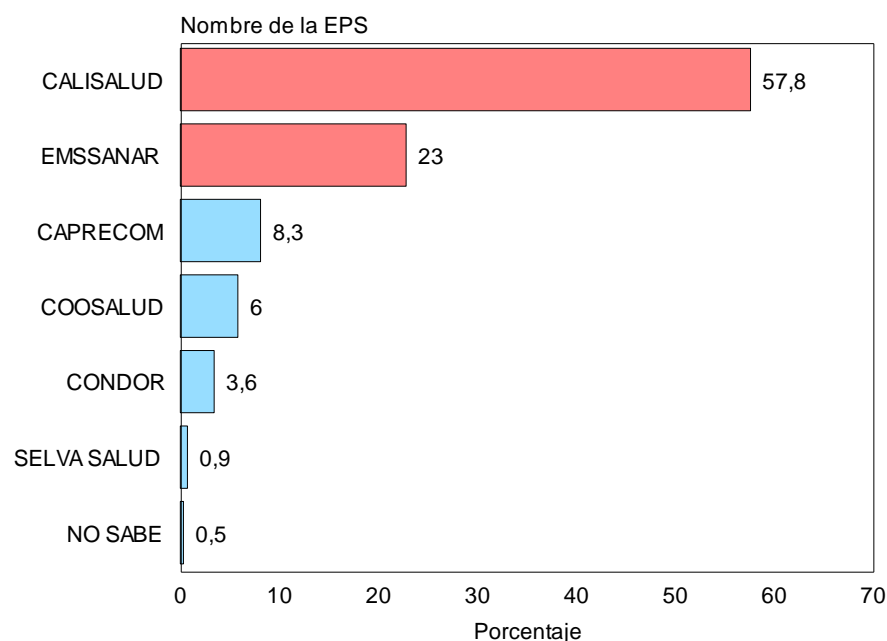
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 8. Instituciones Prestadoras de Servicios más usadas, régimen de excepción según Empresa Promotora de Salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

EPS	IPS
MAGISTERIO	Clínica el Bosque Clínica Rey David
POLICIA NACIONAL	Policía Nuestra Señora de Fátima
FUERZAS MILITARES	Tercera Brigada Dispensario Médico

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 14. Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 9. Instituciones Prestadoras de Servicios más usadas en el régimen subsidiado de acuerdo con la Empresa Promotora de Salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

EPS	IPS
CALISALUD	Hospital Carlos Carmona Hospital Universitario
EMSSANAR	Hospital Carlos Carmona
CAPRECOM	Hospital Carlos Carmona
COOSALUD	Hospital Carlos Carmona
CONDOR	Hospital Carlos Carmona
SELVA SALUD	Hospital Carlos Carmona

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.2.2.3 Caracterización de la población por régimen contributivo y subsidiado. La distribución por grupos de edad es similar entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado, sin embargo, en el régimen contributivo el grupo de menores de 1 año tiene mayor distribución porcentual al igual que el grupo de 20 a 44, mientras en el régimen subsidiado se encuentra un porcentaje más alto

en la población adolescente y joven. La distribución por sexo fue similar entre los regímenes de afiliación. Véase Tabla 10.

Tabla 10. Características demográficas por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Características	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Grupos de edad		
< 1 año	1,5	0,5
1 - 4	6,4	6,5
5 - 9	8,9	9,9
10 -14	7,7	11,5
15 - 19	7,6	10,8
20 - 44	40,9	39,4
45 - 79	25,7	20,2
80 y mas	1,4	1,2
Sexo		
Hombres	56,0	44,0
Mujeres	56,0	44,0

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Frente al último año escolar aprobado, la primaria y la secundaria fueron los grados más reportados por los afiliados, aunque en el régimen contributivo los niveles, técnico/tecnológico y universitario fueron un poco mayores. Véase Tabla 11.

Tabla 11. Escolaridad por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Nivel de escolaridad	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Ninguno	13,1	14,3
Preescolar	15,1	19,7
Primaria	30,3	36,5
Secundaria	31,2	26,8
Técnico/tecnológico	5,5	1,4
Universidad y postgrado	4,7	1,3

Nivel de escolaridad	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
No Sabe	0,2	-

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

En cuanto a la ocupación, se encuentran similitudes entre los dos regímenes en las proporciones de población en edad de trabajar, siendo la PEA más alta en el contributivo que en el subsidiado, en consecuencia la PEI se comporta a la inversa. Del total de la PEA que se reportó subsidiada (46,9%), un 17,8% se declararon desocupados en contraste con el contributivo con solo un 7,7%; un 82.2% declaró estar ocupado en el momento de la encuesta. Véase Tabla 12.

Tabla 12. Ocupación por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Variables relacionadas con la ocupación	Contributivo	Subsidiado
	%	%
Población en edad de trabajar (mayores de 12 años)	79,8	78,4
Población económicamente activa PEA	59,3	46,9
Ocupados	92,3	82,2
Desocupados	7,7	17,8
Población económicamente inactiva PEI	40,7	53,1

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Si se analizan las posiciones ocupacionales entre ambos regímenes, llama la atención en el régimen subsidiado la proporción de obrero o empleado particular del 49% y la de trabajador por cuenta propia del 38%. Nótese los pequeños porcentajes de obrero o empleado del gobierno, patrón o empleador y empleado doméstico, los cuales suman un 9%. En el contributivo se observa un porcentaje inferior al 1% de empleados domésticos y muchos menos trabajadores por cuenta propia asegurados que en el régimen subsidiado. Llama la atención el reporte en un 2,7% de obreros o empleados del gobierno en el régimen subsidiado. Véase Tabla 13.

Tabla 13. Posiciones ocupacionales por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Posición ocupacional	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Obrero o empleado particular	69,5	48,9
Trabajador por cuenta propia (TCP)	20,1	37,9
Obrero o empleado del gobierno	5,4	2,7
Patrón o empleador	2,9	1,6
Trabajador familiar sin remuneración	1,3	4,3
Empleado doméstico	0,7	4,5
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al analizar para cada régimen de afiliación la ocupación por sexo se encontró gran similitud entre los hombres y las mujeres en edad de trabajar. Entre la PEA se reportó un porcentaje más alto de hombres en el régimen contributivo con respecto al subsidiado; entre la PEI las mujeres casi duplican a los hombres, estando el mayor porcentaje de éstas en el régimen subsidiado. Tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado se encontró un porcentaje más alto de mujeres desocupadas comparadas con los hombres, siendo las proporciones más altas para ambos sexos en el régimen subsidiado. Véase Tabla 14.

Tabla 14. Régimen de afiliación por ocupación y sexo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Variables relacionadas con la ocupación	Hombre	Mujer
	%	%
Contributivo		
Población en edad de trabajar (mayores de 12 años)	77,9	81,6
1. Población económicamente activa PEA	72,2	47,9
1.1. Ocupados	96,8	86,2
1.2. Desocupados	3,2	13,8
2. Población económicamente inactiva PEI	27,8	52,1
Subsidiado		
Población en edad de trabajar (mayores de 12 años)	76	80,7
1. Población económicamente activa PEA	64,7	31,5
1.1. Ocupados	88,8	70,5
1.2. Desocupados	11,2	29,5
2. Población económicamente inactiva PEI	35,3	68,6

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Cuando se comparan las posiciones ocupacionales por sexo y régimen de afiliación se observa como entre los afiliados al contributivo prima el desempleo en las mujeres, lo mismo sucede en el subsidiado. El empleo doméstico está circunscrito a las mujeres en ambos regímenes, aunque la proporción es mayor en el subsidiado que en el contributivo. Una proporción mayor de hombres que pertenecen al subsidiado trabajan por cuenta propia con respecto a la contributiva. Véase Tabla 15.

Tabla 15. Régimen de afiliación por posiciones ocupacionales y sexo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

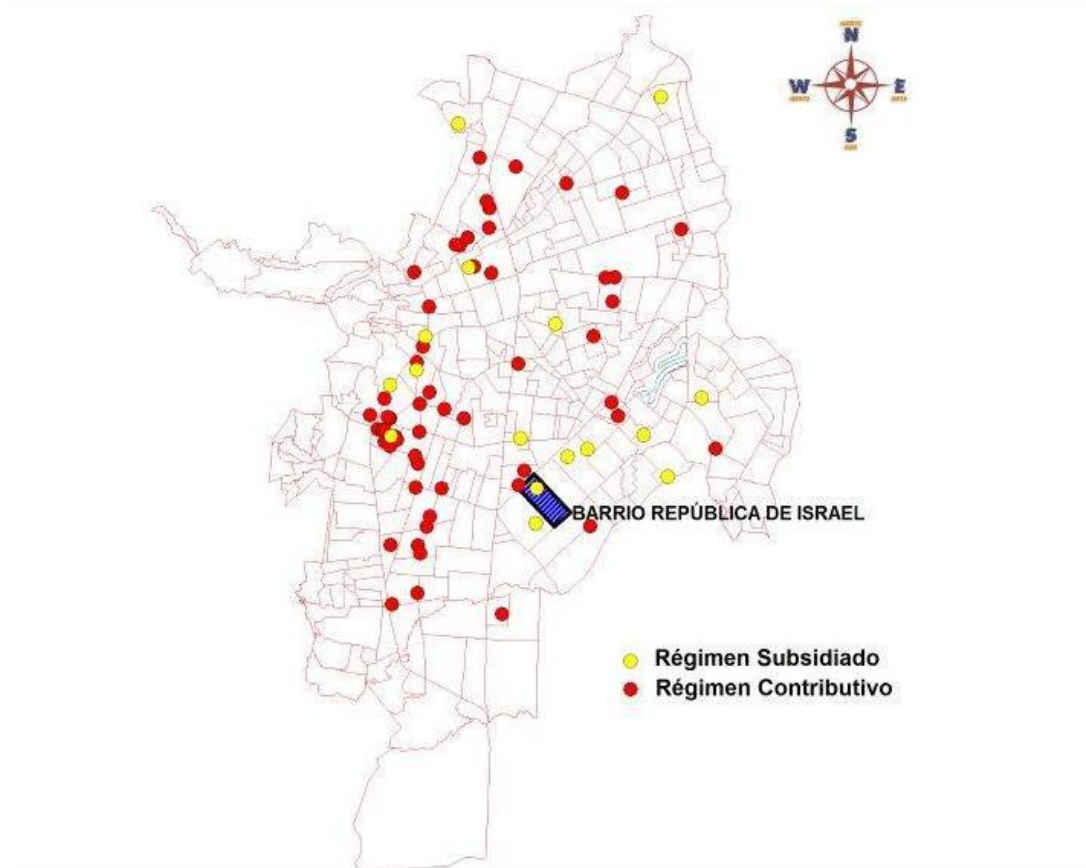
Afiliación	Posiciones ocupacionales	Sexo	
		Hombre (%)	Mujer (%)
Contributivo	Desocupado	3,2	13,8
	Trabajador familiar sin remuneración	0,1	2,6
	Obrero o empleado particular	69,9	56,3
	Obrero o empleado del gobierno	4,2	6,1
	Empleado doméstico		1,6
	Trabajador por cuenta propia (TCP)	19,0	18,1
	Patrón o empleador	3,5	1,5
Subsidiado	Desocupado	11,2	29,5
	Trabajador familiar sin remuneración	0,3	9,3
	Obrero o empleado particular	47,0	28,1
	Obrero o empleado del gobierno	2,8	1,2
	Empleado doméstico		10,3
	Trabajador por cuenta propia (TCP)	36,5	21,6
	Patrón o empleador	2,1	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.2.3 Ubicación geográfica y frecuencia de uso de las IPS.

La georeferenciación de la información recolectada sobre la ubicación de las IPS que usa la población encuestada permitió visualizar la distribución de las instituciones en el mapa urbano del municipio. Al comparar los hallazgos entre ambos regímenes se nota una amplia dispersión de los sitios donde son atendidos en el contributivo lo cual puede implicar barreras de acceso geográficas y económicas para los usuarios. La población afiliada al subsidiado tiene una red de servicio que se concentra mucho más cerca al barrio República de Israel, los puntos distantes corresponden en su gran mayoría a la red pública de nivel I del Municipio y a hospitales de nivel II y III. Véase Gráfico 15.

Gráfico 15. Mapeo de ubicación de las IPS que usan los inscritos en el contributivo y subsidiado con respecto al barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

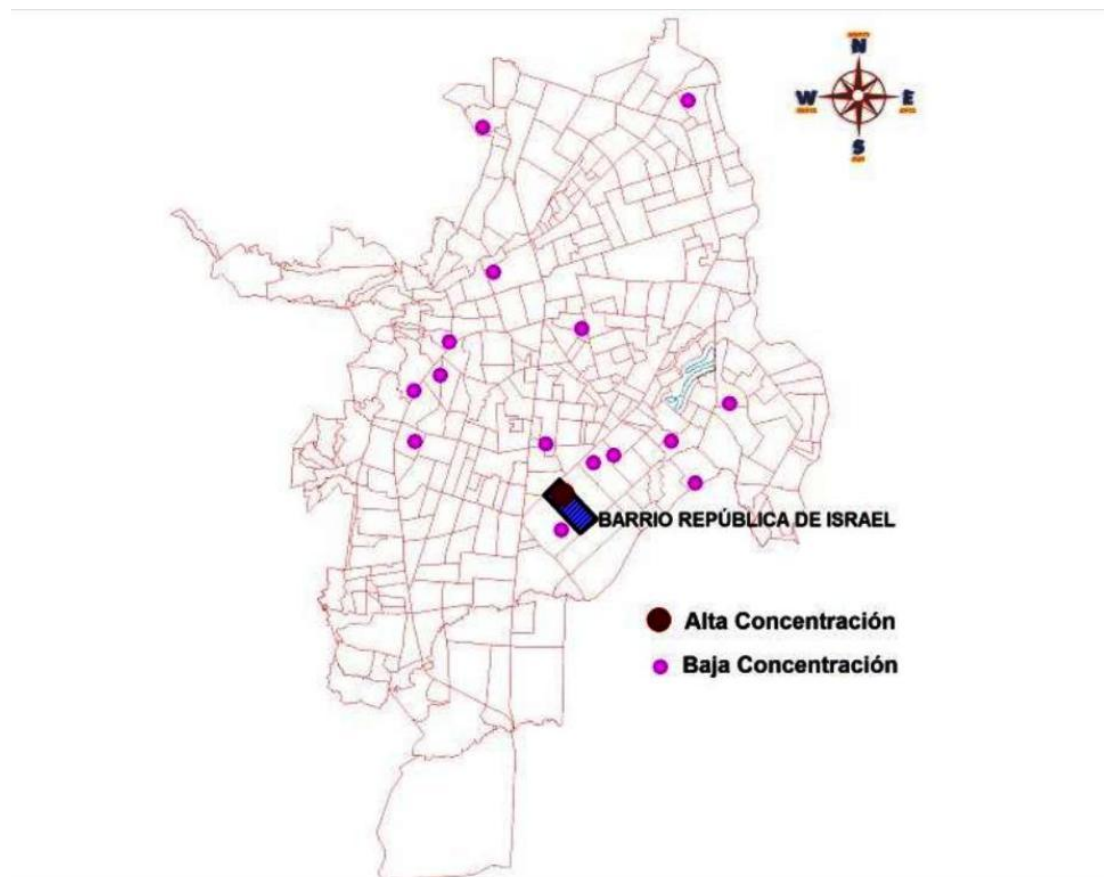
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. Secretaría de Planeación Municipal. Departamento de Cartografía. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad del Valle.2001.

MAPINFO CORPORATION. MapInfo Professional. Ver. 4.0. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad de Valle. <www.mapinfo.com>.1999

Cuando se mapea la ubicación y la frecuencia de reporte de las IPS más usadas en el régimen subsidiado, aparece el Hospital Carlos Carmona como el más usado con un 90%. Esto implica que a diferencia del régimen contributivo, los usuarios del subsidiado encuentran los servicios de baja complejidad en una IPS muy

cercana a su residencia, lo cual redunda en menores barreras por ubicación geográfica y probablemente en menos gastos de bolsillo generados por los costos de desplazamiento hasta la IPS. Véase Gráfico 16 y Gráfico 17.

Gráfico 16. Mapeo de ubicación de las IPS y frecuencia de uso por los inscritos en el subsidiado con respecto al barrio República de Israel, 2009. Cali



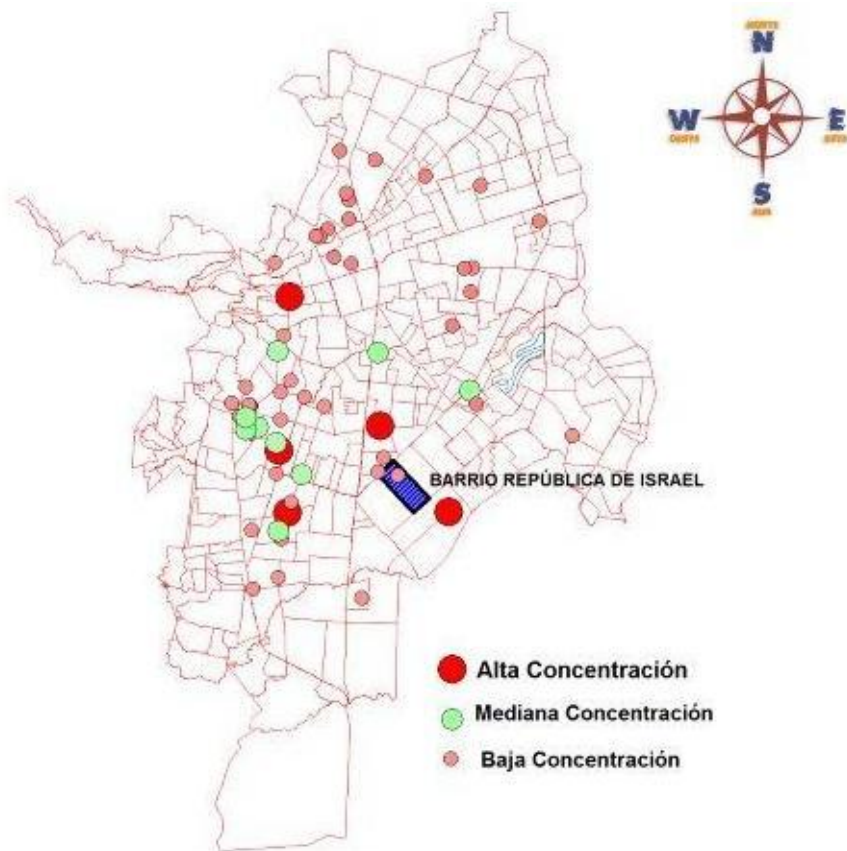
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. Secretaría de Planeación Municipal. Departamento de Cartografía. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad del Valle. 2001.

MAPINFO CORPORATION. MapInfo Professional. Ver. 4.0. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad de Valle. <www.mapinfo.com>. 1999

Para el régimen contributivo, 5 IPS obtuvieron los mayores reportes, dos de estas ubicadas relativamente cerca del barrio República de Israel: Comfandi Morichal (SOS) con 12,7% y Torres de Maracaibo (Nueva EPS) con 9,7%; seguidas por una IPS de Comfenalco ubicada en el centro (8,4%), la IPS Cali Centro de la Corporacion IPS Saludcoop Occidente (7,1%) situada en sur de la ciudad y por otra IPS de Confenalco también situada en la zona sur (6,4%). El uso efectivo del derecho a escoger EPS e IPS para ser atendido probablemente explique que las EPS con IPS más cercanas al lugar de residencia sean las que parecen preferir los afiliados al contributivo. Véase Gráfico 17.

Gráfico 17. Mapeo de ubicación de las IPS y frecuencia de uso por los inscritos en el contributivo con respecto al barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. Secretaría de Planeación Municipal. Departamento de Cartografía. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad del Valle.2001.

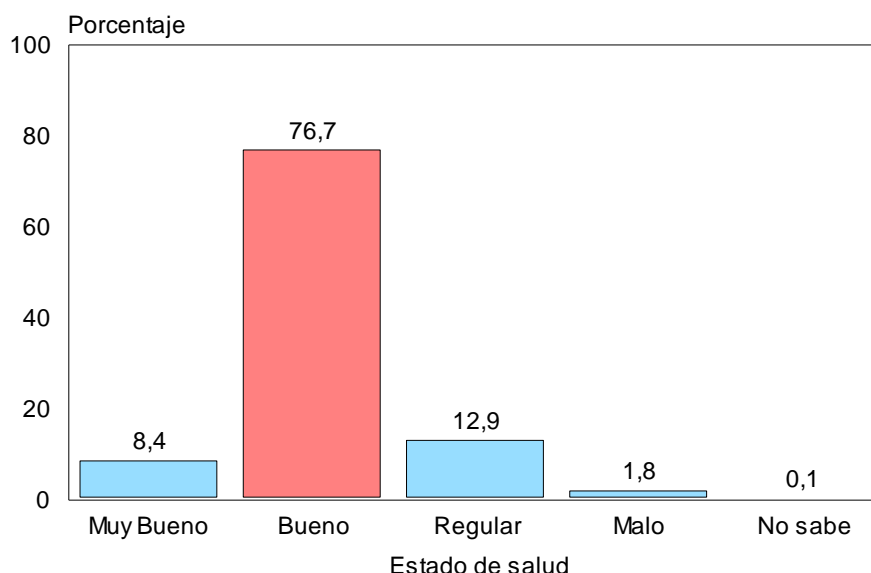
MAPINFO CORPORATION. MapInfo Professional. Ver. 4.0. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad de Valle. <www.mapinfo.com>.1999

7.2.4 Aspectos relacionados con la situación de salud

7.2.4.1 Percepción del estado de salud. En relación a como cada uno de los miembros del hogar considera su propio estado de salud, la mayoría, 76,7% lo percibía bueno, el 8,4% muy bueno y alrededor del 15% entre regular y malo. Véase Gráfico 18.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005⁹⁰, reportó para el área metropolitana de Cali percepción entre excelente y muy bueno para el 35,7%; bueno 54,8%, regular 8,3% y malo, 1,1%. De otra parte, la Encuesta Nacional de Salud de 2007⁹¹ reportó para el país como el 16% de la población estima que su salud es muy buena; en relación con la población que considera que su salud es buena, el 56,2% tiene esta percepción; el 25,4% de la población considera que su salud es regular; la percepción de salud entre mala y muy mala, tuvo una muy baja participación.

Gráfico 18. Autovaloración del estado de salud de la población, Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.2.4.2 Enfermedades crónicas y discapacidad en el hogar. Con relación a si personal de salud les había diagnosticado algún padecimiento de larga duración y qué tipo de padecimiento a los integrantes del hogar; 203 personas de la muestra reportaron tener algún padecimiento o enfermedad crónica, para una prevalencia de 11,1% [IC 95% 9,7 – 12,8]. Las respuestas de los entrevistados fueron categorizadas según la clasificación internacional de enfermedades encontrando, como lo muestra la Tabla 16, que las enfermedades del sistema circulatorio, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ocuparon los primeros lugares, 39,8% y 24,2% respectivamente.

En sistema circulatorio fueron categorizadas opciones como: *hipertensión, presión alta y baja, taquicardia, aneurisma de vena, deficiencia cardiaca, enfermedad y problemas del corazón*. En sistema respiratorio fueron categorizados los autoreportes como: *amigdalitis, asfixia, asma, bronquitis, neumonía y problemas del pulmón*. En endocrinas, nutricionales y metabólicas: *tiroides, problemas de acido úrico, azúcar en la sangre, colesterol alto, diabetes, hipoglicemia e hipotiroidismo*.

En traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa se clasificaron las alergias y algunos traumatismos como las lesiones de ligamentos que las personas consideran como enfermedades crónicas.

Tabla 16. Padecimientos crónicos reportados. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Clasificación CIE10	Porcentaje (%)
Sistema circulatorio	39,8
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	24,2
Aparato digestivo	7,0
Sistema respiratorio	5,8
Sistema nervioso	5,4
Sistema osteomuscular y tejido conectivo	4,7
Aparato genitourinario	2,9
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2,6
Trastornos mentales y del comportamiento	2,2
Neoplasias	2,0
Ciertas infecciosas y parasitarias	1,2
Ojo y sus anexos	0,7
Piel y tejido subcutáneo	0,7

Clasificación CIE10	Porcentaje (%)
Sangre y órganos hematopoyéticos	0,5
Oído y apófisis mastoides	0,4
Total	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al relacionar los padecimientos con la edad se encuentra mayor frecuencia de enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en los mayores de 20 años, mientras en el grupo de 15 a 19 años prevalece lo relacionado con el aparato digestivo, seguidos por el sistema circulatorio; en el grupo de 5 a 9 años están en primer orden los padecimientos de los sistemas nervioso y respiratorio, finalmente en el grupo de 1 a 4 años las enfermedades del sistema respiratorio, y los traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causa externa. Véase Tabla 17.

En la distribución por sexo los padecimientos del sistema circulatorio y los endocrinos, nutricionales y metabólicos son de primer y segundo orden tanto en hombres como en mujeres; con relación a otro tipo de padecimientos, en las mujeres hubo mayor reporte del aparato digestivo y del sistema osteomuscular, mientras en los hombres del sistema nervioso; neoplasias y trastornos mentales, y del comportamiento. Véase Tabla 18.

Tabla 17. Padecimientos crónicos por grupos de edad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Clasificación CIE10	Grupos de edad						
	1 – 4 (%)	5 - 9 (%)	10 -14 (%)	15 -19 (%)	20 -44 (%)	45 -79 (%)	80 y + (%)
Aparato digestivo				34,4	15,4	4,2	
Aparato genitourinario		19,4			4,9	2,1	2,0
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	24,1				4,7	1,2	
Ciertas infecciosas y parasitarias					1,2	1,5	
Endocrinas, nutricionales y metabólicas			35,4	15,6	15,1	29,6	24,7
Neoplasias					0,7	2,5	6,0
Oído y apófisis mastoides						0,7	
Ojo y sus anexos		11,1			0,7	0,3	1,3
Piel y tejido subcutáneo	22,4						1,3
Sangre y órganos hematopoyéticos						0,7	0,7
Sistema circulatorio	19,0		21,5	31,3	35,3	45,2	40,0

Clasificación CIE10	Grupos de edad						
	1 - 4 (%)	5 - 9 (%)	10 -14 (%)	15 -19 (%)	20 -44 (%)	45 -79 (%)	80 y + (%)
Sistema nervioso		36,1	17,7		6,9	3,3	7,3
Sistema osteomuscular y tejido conectivo			8,9		4,0	4,6	9,3
Sistema respiratorio	34,5	33,3	8,9	18,8	6,0	3,5	3,3
Trastornos mentales y del comportamiento			7,6		5,2	0,5	4,0
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 18. Padecimientos crónicos por sexo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Clasificación CIE10	Sexo	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sistema circulatorio	41,4	38,3
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	22,0	24,8
Aparato digestivo	2,5	9,4
Sistema osteomuscular y tejido conectivo	1,3	7,6
Sistema respiratorio	4,8	6,5
Aparato genitourinario	2,3	3,9
Sistema nervioso	8,8	2,2
Ciertas infecciosas y parasitarias		2,2
Trastornos mentales y del comportamiento	3,4	1,8
Neoplasias	3,7	1,4
Oído y apófisis mastoides		0,7
Ojo y sus anexos	0,8	0,7
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	6,1	0,4
Piel y tejido subcutáneo	1,7	0,2
Sangre y órganos hematopoyéticos	1,3	
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Como se observa en la Tabla 19, los padecimientos del sistema circulatorio, y los endocrinos, nutricionales y metabólicos se presentan en mayor porcentaje tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, continúan en orden, las

enfermedades del aparato genitourinario en los afiliados al régimen subsidiado, y del aparato digestivo en el régimen contributivo

Tabla 19. Padecimientos por afiliación al SGSSS, según CIE10. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Clasificación CIE10	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Sistema circulatorio	38,5	40,7
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	26,7	19,8
Aparato genitourinario	0,8	6,3
Aparato digestivo	7,5	5,9
Sistema respiratorio	6,0	5,7
Sistema osteomuscular y tejido conectivo	5,0	5,2
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2,2	3,2
Ciertas infecciosas y parasitarias	-	3,0
Sistema nervioso	6,3	2,8
Neoplasias	2,3	2,2
Piel y tejido subcutáneo	0,2	1,4
Trastornos mentales y del comportamiento	3,2	1,4
Ojo y sus anexos	0,4	1,2
Sangre y órganos hematopoyéticos	0,1	1,0
Oído y apófisis mastoides	0,8	
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

De acuerdo a estos resultados se esperaría para ambos regímenes, importantes prevalencia de necesidad sentida, demanda expresada y atendida en los servicios preventivos y curativos como los programas del adulto mayor y la consulta médica general o por especialistas.

7.2.4.3 Limitaciones permanentes. En los hogares encuestados 59 personas fueron reportadas en condición de limitación permanente, para una prevalencia de 3,2% [IC 95% 2,4 – 4,2]. Esta prevalencia resulta baja en comparación con los resultados con un 6,1% obtenido en el Censo 2005 para la Comuna 16 y con los datos de la Encuesta nacional de salud, 2007, la cual estimó para Colombia una prevalencia de discapacidad en la población de 18 a 69 años de 8,3% (intervalo de confianza del 95%: 7,9%-8,8%).

Entre las personas con limitaciones permanentes el 78,2% reportó al menos una limitación, y el 9,9% dos, el 4,3% tenía hasta seis limitaciones; este último dato corresponde a un hogar de protección a personas en condición de discapacidad.

Las limitaciones para ver, a pesar de usar lentes o gafas, y para moverse o caminar fueron las más reportadas, 57,4% y 35,7% respectivamente. Véase Tabla 20.

Entre los mayores de 20 años se encuentra el mayor reporte de limitaciones físicas, tales como: *limitaciones para moverse o caminar; para ver, a pesar de usar lentes o gafas, para ser autónomos (es decir bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo), y para entender o aprender*. En los niños, adolescentes y jóvenes, las limitaciones de tipo visual tienen mayor distribución porcentual. No se reportaron limitaciones en los menores de 5 años. Véase Tabla 21.

Tabla 20. Distribución del tipo de limitaciones. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Limitaciones	Porcentaje (%)
Ver, a pesar de usar lentes o gafas	57,4
Moverse o caminar	35,7
Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo	11,2
Hablar	10,7
Usar sus brazos o manos	10,4
Entender o aprender	9,6
Oír, aún con aparatos especiales	8,8
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	7,9
Otra limitación permanente	2,9

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 21. Limitaciones por grupos de edad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Limitaciones	Grupos de edad					
	5 -9 (%)	10 – 14 (%)	15 -19 (%)	20 - 44 (%)	45 -79 (%)	80 y más (%)
Moverse o caminar				31,5	19,2	33,0
Usar sus brazos o manos				10,3	7,5	6,4
Ver, a pesar de usar lentes o gafas	100	45,5	100	17,2	51,3	16,0
Oír, aún con aparatos especiales					4,2	6,4
Hablar		13,6		8,1	7,2	8,5

Limitaciones	Grupos de edad					
	5 -9 (%)	10 – 14 (%)	15 -19 (%)	20 - 44 (%)	45 -79 (%)	80 y más (%)
Entender o aprender		13,6		11,0	3,0	6,4
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales		13,6		8,1	1,9	8,5
Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo		13,6		11,0	4,2	11,7
Otra limitación permanente				2,9	1,5	3,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El comportamiento por sexo muestra que en el 52,3% de las mujeres con limitaciones están presentes los problemas para ver, a pesar de usar lentes; en los hombres, esto fue reportado por el 21,4%, además, el 28,7% de ellos no puede moverse o caminar, y el 10,2% que tiene limitaciones para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo. Véase Tabla 22.

Tabla 22. Limitaciones por sexo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Limitaciones	Sexo	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Ver, a pesar de usar lentes o gafas	21,4	52,3
Moverse o caminar	28,7	17,8
Usar sus brazos o manos	8,1	6,8
Hablar	9,4	5,8
Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo	10,2	5,8
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	7,3	4,0
Entender o aprender	9,9	3,7
Oír, aún con aparatos especiales	1,8	2,8
Otra limitación permanente	3,1	0,9
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Cuando se clasifican las personas con limitaciones por régimen de afiliación, en el contributivo se encontró un mayor porcentaje con limitaciones *para ver, a pesar de usar lentes*, 58,6% en comparación con un 19,5% de los afiliados del subsidiado; tener como *limitación moverse o caminar; ser autónomo; hablar; entender o aprender*, y limitaciones *para usar sus brazos o manos* fue mayor en los afiliados del subsidiado. Véase Tabla 23.

Las personas que reportaron al menos una limitación en su mayoría pertenecían al grupo de Población Económicamente Inactiva (PEI), comportamiento que se mantiene por régimen de afiliación. Es importante considerar como alrededor de un 25% de personas con alguna limitación se encontraban trabajando. Véase Tabla 24.

Tabla 23. Limitaciones por régimen contributivo y subsidiado. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Limitaciones	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Moverse o caminar	20,5	26,0
Ver, a pesar de usar lentes o gafas	58,6	19,5
Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo	2,7	11,8
Hablar	2,7	11,3
Entender o aprender	2,1	10,4
Usar sus brazos o manos	4,1	10,1
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	2,7	7,7
Otra limitación permanente	2,7	1,7
Oír, aún con aparatos especiales	3,8	1,4
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 24. Ocupación y régimen de personas con al menos una limitación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Ocupación de personas con limitaciones	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
PEI	58,2	68,1
Trabajador	23,4	24,4
Desempleado	10,2	4,2
Menor de 12 años	8,2	3,3
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3 NECESIDADES DE ATENCIÓN SENTIDAS, DEMANDADAS Y ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPARATIVAS

Estas necesidades, en función del consumo de servicios de salud, fueron exploradas tanto para servicios preventivos como curativos entre la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado. Con el propósito de facilitar la comprensión de los resultados, la Tabla 25 presenta los conceptos operativos definidos para las variables.

Tabla 25. Conceptos operativos para necesidad sentida, demandada y atendida en función del consumo de servicios de salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

	Servicios preventivos	Servicios curativos
Necesidad sentida	Reporte de que algún o algunos de los integrantes del hogar, afiliados al régimen contributivo y subsidiado, sintieron, en los últimos tres meses, la necesidad de asistir a un servicios de salud, solo por prevención,	Reporte de que algún o algunos de los integrantes del hogar, afiliados al régimen contributivo y subsidiado, sintieron, en los últimos tres meses, la necesidad de asistir a un servicios de salud por un problema o enfermedad.
Necesidad expresada (demandada)	Asistencia a servicios y programas preventivos de salud entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado para buscar atención.	Asistencia a servicios curativos para buscar atención entre los afiliados al régimen contributivo o subsidiado.
Necesidad atendida	Prestación de los servicios o programas preventivos a los integrantes del hogar, afiliados al régimen contributivo o subsidiado.	Prestación de los servicios curativos a los integrantes del hogar, afiliados al régimen contributivo o subsidiado.

Fuente: Elaboración propia

La información que se presenta a continuación corresponde al 100% de los encuestados afiliado al régimen contributivo y subsidiado, estimada en 1823 personas, después de los ajustes estadísticos descritos* en la metodología.

* Probabilidad de selección de acuerdo al diseño muestral, ajuste pos-estratificación sobre el factor de expansión, conversión del tamaño poblacional al tamaño de la muestra conservando la distribución porcentual por edad y sexo.

7.3.1 Necesidad sentida, demandada y atendida de servicios de salud preventivos en los últimos tres meses entre los afiliados.

En los hogares entrevistados, 321 personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, reportaron haber sentido durante los últimos tres meses la necesidad de consultar un servicio de salud solo por prevención, para una prevalencia de 17,6% [15,7–19,6]; al compararla por régimen de afiliación, ésta se mostró mayor para el contributivo, 19% [16,4–21,8] que para el subsidiado, 15,8 [13,3–18,8], encontrándose diferencias significativas. Véase Tabla 26, Tabla 27 y Gráfico 19.

Casi todas las personas que sintieron la necesidad de un servicio preventivo la expresaron, es decir, demandaron el mismo; existe gran similitud entre los dos regímenes, 96,9% y 95,3% respectivamente. Véase Tabla 26, Tabla 27.

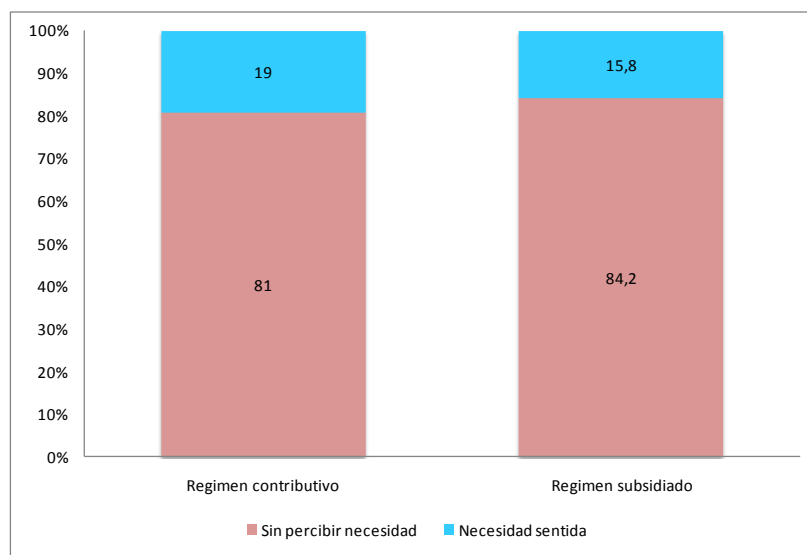
Entre quienes demandaron los servicios preventivos la prevalencia de atención fue del 99,4% [97,6 – 99,9]; todos los afiliados que pertenecían al contributivo y casi todos los del subsidiado fueron atendidos. Véase Tabla 26, Tabla 27.

Tabla 26. Prevalencia de necesidad sentida, demandada y atención recibida en los servicios preventivos. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Categorías	Prevalencias		
	General	Afiliación al SGSSS	
		Contributivo	Subsidiado
Necesidad sentida de servicios preventivos	17,6 [15,7 – 19,6]	19,0 [16,4 – 21,8]	15,8 [13,3 – 18,8]
Necesidad sentida y demandada de servicios preventivos	96,3 [93,4 – 98,0]	96,9 [92,7 – 98,7]	95,3 [90,1 – 97,9]
Necesidad expresada y atendida en servicios preventivos	99,4 [97,6 – 99,9]	100	98,5 [93,9 – 99,6]

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 19. Comparativo necesidad sentida y no percibida de servicios preventivos entre régimen contributivo y subsidiado. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 27. Valores p para necesidad sentida, demandada y atendida en servicios preventivos por régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Variable	Afiliación al SGSSS		Valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Sintió la necesidad de consultar solo por prevención			
Si	19,0	15,8	0,01
No	81	84,2	
Total	100	100	
Necesitó y demandó un servicio preventivo			
Si	96,9	95,3	0,29
No	3,1	4,7	
Total	100	100	
Necesitó, demandó y fue atendido en un servicio preventivo			

Variable	Afiliación al SGSSS		Valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Si	100	98,1	0,07
No	0	1,9	
Total	100	100	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.1.1. Servicios preventivos a los que se quería consultar. Ocuparon los tres primeros lugares entre los servicios preventivos a los que las personas querían asistir el control médico, 25,0%; el programa de adulto mayor, 18,3%, y el programa de crecimiento y desarrollo, 16.5%. Dado que muchos de los programas y servicios de prevención se dirigen a poblaciones especiales es necesario precisar el análisis por grupos de edad y sexo y además relacionar el uso con el total de la población entrevistada. Parecen muy bajas las proporciones de necesidad sentida para servicios dirigidos a las mujeres como el control prenatal y el examen de mama; en el caso de programas o servicios específicos para adolescentes, estos se ofrecen en muy pocas IPS.

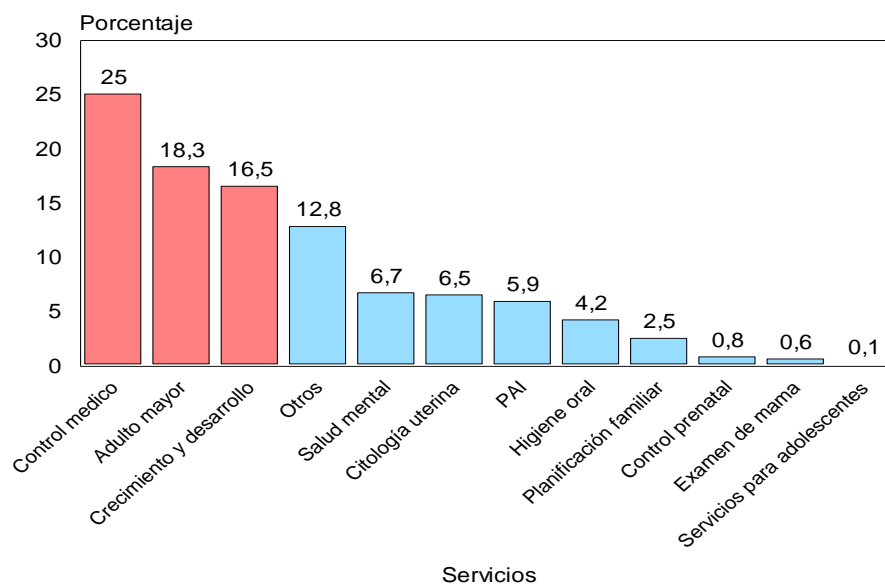
En la categoría de otros se clasificaron servicios como el control médico por un problema de salud, y controles odontológicos, algunos encuestados reportaron opciones que no hacen parte de programas de prevención, como la necesidad de consultar para recibir resultados de exámenes o los controles por especialistas. Nótese como el control médico supera los programas preventivos. Véase Gráfico 20.

Es importante anotar que el control médico no fue una opción de respuesta incluida en el instrumento, esta respuesta se recogió en las respuestas abiertas a la opción otros. Dada la alta frecuencia de este dato se incluyó como una variable. Esta situación es importante al momento del análisis de los datos, debido a que las personas identifican el control médico como un servicio preventivo y ocupa el primer lugar entre las frecuencias de necesidad sentida para ambos regímenes.

El análisis de los servicios preventivos por grupos de edad muestra como en los menores de 9 años los servicios de mayor necesidad sentida corresponden a *crecimiento y desarrollo; el control médico, y el PAI*. El programa de *higiene oral* se reporta desde el grupo de los 5 a los 9 años, con una mayor proporción en el grupo de 10 a 14 años. El programa de *planificación familiar* desde el grupo de 10 a 14 años, la *citología uterina* desde los 15 a los 19 años, y los programas de *adulto mayor y examen de mama* desde los 20 años. En el grupo de 10 a 14 años, los mayores reportes corresponden a *“otros programas” y el control médico*. Entre las personas de 15 a 19 años, el primer servicio es salud mental, mientras para las personas de 20 a 44 años es el control médico. En el programa adulto mayor, el

porcentaje más alto se encontró entre las personas de 80 y más años, seguido del grupo de 45 a 49 años. Véase Tabla 28.

Gráfico 20. Tipo de servicios preventivos y necesidad sentida. Barrio República de Isarel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 28. Necesidad sentida de servicios preventivos por grupos de edad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Servicios preventivos	Grupos de edad							
	< 1 año (%)	1-4 (%)	5-9 (%)	10-14 (%)	15-19 (%)	20-44 (%)	45-79 (%)	80 y más (%)
Control médico		20,6	19,4	32,9	14,0	36,2	23,5	16,9
Adulto mayor						6,2	50,5	83,1
Crecimiento y desarrollo	61,9	60,7	36,4					
Otros		0,9	23,5	36,5	24,0	9,5	11,1	
Citología uterina					19,8	19,5	4,5	
Salud mental		3,3	1,3	7,7	25,6	9,4	6,4	
PAI	38,1	14,5	16,2	5,0				
Higiene oral			3,2	16,7	4,1	6,5	2,4	
Planificación familiar				1,4	9,9	8,6		
Control prenatal						3,5		

Servicios preventivos	Grupos de edad							
	< 1 año (%)	1-4 (%)	5-9 (%)	10-14 (%)	15-19 (%)	20-44 (%)	45-79 (%)	80 y más (%)
Examen de mama						0,6	1,6	
Servicios para adolescentes					2,5			
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Entre los hombres la necesidad de consultar tiene mayor frecuencia para el programa de crecimiento y desarrollo; el control médico y el programa de adulto mayor. En las mujeres se presenta un comportamiento similar, además se reportan los programas de citología uterina, “otros” y salud mental. Véase Tabla 29.

Tabla 29. Tipo de servicios preventivos y necesidad sentida según sexo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Servicios preventivos	Sexo	
	Hombre (%)	Mujer (%)
Control medico	26,4	24,2
Adulto mayor	15,6	20,1
Crecimiento y desarrollo	23,6	11,9
Otros	16,8	10,2
Citología uterina	-	11,0
Salud mental	5,0	7,4
PAI	10,5	3,0
Higiene oral	1,8	5,7
Planificación familiar	-	4,1
Control prenatal	-	1,3
Examen de mama	-	1,0
Servicios para adolescentes	0,3	-
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al revisar el comportamiento de los servicios preventivos por sexo y grupos de edad se encuentra que los hombres menores de 1 año y de 1 a 4 años, según la respuesta de los cuidadores, tienen la mayor necesidad sentida por el programa crecimiento y desarrollo, mientras que para los hombres de 15 a 44 años la necesidad se reporta para el control médico; el servicio de adulto mayor se reportó con mayor necesidad en las personas mayores o iguales a 45 años.

En las niñas entre 1 y 9 años también se reportó la necesidad sentida por el programa de crecimiento y desarrollo; en las menores de 1 año, el servicio con mayor reporte fue el PAI. El programa citología uterina fue reportado a partir de los 15 años, ocupando el tercer lugar en las mujeres de 15 a 19 años y el segundo lugar en las mujeres de 20 a 44 años. En las mujeres mayores de 45 años se evidencia el mismo comportamiento que en los hombres, una mayor necesidad sentida por el programa de adulto mayor. Véase Tabla 31 y Gráfico 21.

7.3.1.2 Servicios preventivos y necesidad sentida por régimen contributivo y subsidiado. Al comparar la necesidad de asistir a servicios preventivos entre cada régimen se encontraron las mayores frecuencias, tanto para el contributivo como para el subsidiado, en control médico, programa de adulto mayor y crecimiento y desarrollo, con porcentajes similares. Las diferencias se observaron en los programas de higiene oral y planificación familiar, en éstos se encontró mayor necesidad entre los afiliados al régimen subsidiado, mientras los afiliados al contributivo sienten más la necesidad de usar el control prenatal; “otros programas” y los servicios para adolescentes. Véase Tabla 30.

La necesidad sentida de servicios preventivos analizada según EPS de los afiliados a cada régimen muestra como en el contributivo, quienes tuvieron la necesidad sentida de consultar por control médico, pertenecían a la EPS Comfenalco Valle, continúan en orden, los afiliados a SOS, la Nueva EPS y Saludcoop. Para este mismo servicio en el régimen subsidiado se observa, que el mayor porcentaje de las personas que sintieron la necesidad de consultar pertenecían a Calisalud y a Caprecom.

Tabla 30. Necesidad sentida de servicios preventivos por régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Servicios preventivos	Afiliación al SGSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Control médico	23,7	27,0
Adulto mayor	18,5	18,0
Crecimiento y desarrollo	16,1	17,1
Otros	17,0	6,5
Citología uterina	6,2	7,4
Salud mental	6,1	7,2
PAI	5,8	6,1
Higiene oral	2,9	6,1
Planificación familiar	1,6	3,8
Control prenatal	1,3	-

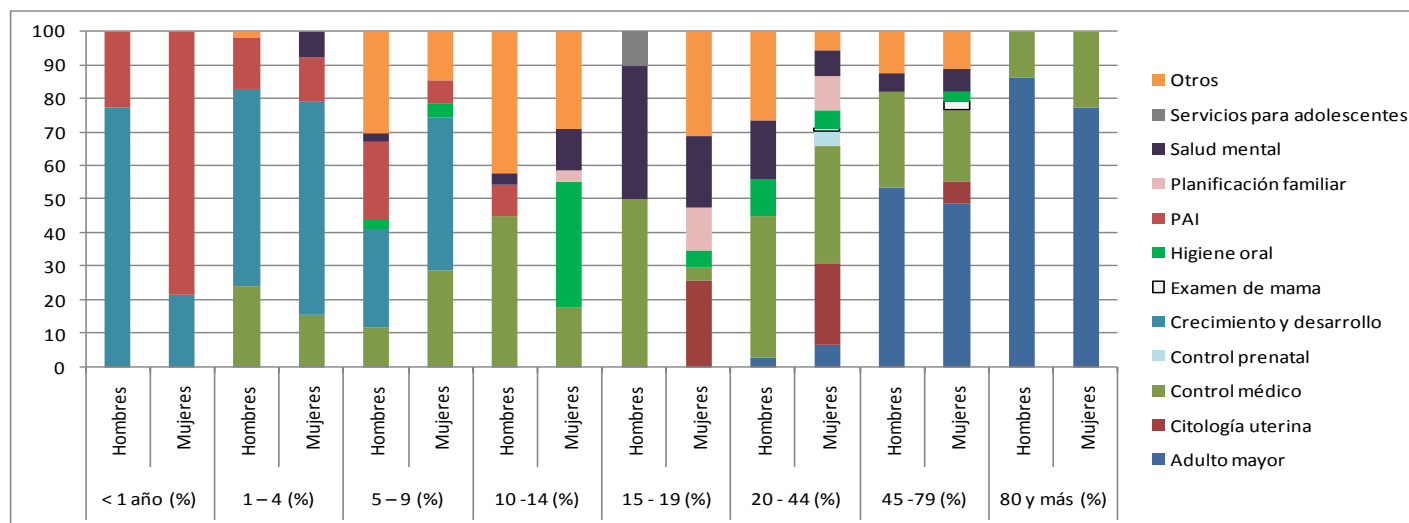
Servicios preventivos	Afiliación al SGSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Examen de mama	0,5	0,8
Servicios para adolescentes	0,2	-
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 31. Necesidad sentida de servicios preventivos por sexo y grupos de edad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Grupos de edad	< 1 año (%)		1 – 4 (%)		5 – 9 (%)		10 -14 (%)		15 - 19 (%)		20 - 44 (%)		45 -79 (%)		80 y más (%)	
Servicios preventivos /Sexo	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Adulto mayor											3	7	53,8	49,1	86,3	77,4
Citología uterina										26		24,2		6,3		
Control médico			24,2	15,8	12,1	28,9	45,3	18	50,1	3,8	42,1	34,8	28,5	21,4	13,7	22,6
Control prenatal												4,3				
Crecimiento y desarrollo	77,3	21,8	58,7	63,4	29,3	45,7										
Examen de mama												0,8		2,2		
Higiene oral					2,7	4,1		37,2		5,2	11,2	5,4		3,3		
PAI	22,7	78,2	15,6	13,1	23,3	6,9	9,1									
Planificación familiar								3,4		12,7		10,6				
Salud mental				7,8	2,5		3,4	12,4	39,7	21,3	17,3	7,4	5,5	6,9		
Servicios para adolescentes								10,2								
Otros			1,4		30,2	14,4	42,3	29		31,1	26,5	5,5	12,2	10,7		
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Gráfico 21. Necesidad sentida de servicios preventivos por sexo y grupos de edad. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El comportamiento de la necesidad de consultar servicios preventivos relacionado por EPS muestra como en el régimen contributivo, el programa PAI fue el servicio que más sintieron la necesidad de consultar los afiliados a SOS y Comfenalco Valle, además los usuarios de estas EPS y de Salud Total reportaron la necesidad sentida de asistir a crecimiento y desarrollo.

Las mujeres que sentían la necesidad de consultar al control prenatal se encontraban en Saludcoop y Comfenalco Valle. Usuarias de Comfenalco Valle, SOS y Cruz Blanca reportaron necesidad sentida del servicio de planificación familiar; mientras el programa de adulto mayor fue mencionado por los inscritos en la Nueva EPS; higiene oral fue reportado por pertenecientes a SOS, Cruz Blanca y la Nueva EPS y los servicios de salud mental por personas de Salucoop y SOS.

En el régimen subsidiado, afiliados a la EPS Calisalud reportaron necesidades sentidas para casi todos los servicios preventivos, es de resaltar que casi el 60% de la población del subsidiado está afiliada a esta EPS; en la misma EPS y en Emssanar, las afiliadas refieren la necesidad de servicios de planificación familiar, citología uterina y examen de mama. Por su parte el programa PAI, tuvo un mayor reporte entre los afiliados a Calisalud y Condor. Véase Tabla 32.

Tabla 32. Necesidad sentida de servicios preventivos por régimen de afiliación y EPS. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Régimen de afiliación	Nombre de la EPS	PAI	Crecimiento y desarrollo	Control prenatal	Planificación familiar	Citología uterina	Examen de mama	Higiene oral	Adulto mayor	Salud mental	Servicios para adolescentes	Control medico	Otros
Contributivo	SALUD TOTAL	11,7	21,0						4,0			8,2	3,9
	SANITAS											1,3	
	SUSALUD						50,0		1,0				5,7
	COMFENALCO VALLE	19,1	26,3	45,5	53,6	30,7		10,4	4,3	10,0		29,6	25,1
	SALUCOOP	11,7	11,8	54,5		14,9			7,3	42,0	100	12,9	25,1
	SALUD COLPATRIA											4,1	
	COOMEVA	11,7	13,7			14,9			27,2			8,8	18,3
	SOS	26,6	27,1		25,0	16,8	50,0	35,4	12,3	41,0		13,7	15,1
	CRUZ BLANCA	7,4			21,4	3,0		31,3	0,7			8,2	1,4

Régimen de afiliación	Nombre de la EPS	PAI	Crecimiento y desarrollo	Control prenatal	Planificación familiar	Citología uterina	Examen de mama	Higiene oral	Adulto mayor	Salud mental	Servicios para adolescentes	Control medico	Otros
	NUEVA EPS	11,7				19,8		22,9	43,4	7,0		13,1	5,4
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Subsidiado	CAPRECOM	17,6	40,4			14,8			2,5			23,2	26,4
	CALISALUD	38,2	35,1		38,1	50,6	44,4	77,6	69,7	89,9		39,4	73,6
	CONDOR	30,9	11,7						6,1			2,4	
	SELVA SALUD											1,3	
	COOSALUD		3,7					11,9	4,0			18,2	
	EMSSANAR	13,2	9,0		45,2	34,6	55,6	10,4	17,7	10,1		15,5	
	NO SABE				16,7								
	Total	100	100		100	100	100	100	100	100		100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

En relación a la necesidad sentida en el régimen contributivo por cotizante o beneficiario, como se observa en la Tabla 33, los 33,1% de los cotizantes afiliados al régimen contributivo sintieron la necesidad de asistir al programa de adulto mayor, luego se encuentra el control médico y otros programas. En los beneficiarios, el 21,3% tuvo la necesidad de asistir al programa crecimiento y desarrollo, un 20,8% a control médico, y el 18,4% a otros programas. En los beneficiarios se presenta una mayor demanda por todos los servicios preventivos.

Tabla 33. Necesidad sentida de servicios preventivos por tipo de afiliado al régimen contributivo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Servicios preventivos	Cotizante (%)	Beneficiario (%)	No sabe (%)
Control medico	32,2	20,8	22,2
Adulto mayor	33,1	13,5	
Otros	13,4	18,4	
Crecimiento y desarrollo		21,3	77,8
Citología uterina	12,7	4,0	
Salud mental	4,2	6,8	

Servicios preventivos	Cotizante (%)	Beneficiario (%)	No sabe (%)
PAI		7,9	
Higiene oral	3,5	2,7	
Planificación familiar		2,2	
Control prenatal		1,8	
Examen de mama	0,9	0,3	
Servicios para adolescentes		0,2	
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.1.3 Demanda de servicios preventivos. En general, la demanda expresada de servicios preventivos entre quienes sintieron la necesidad de consultar estuvo por encima del 95% para ambos regímenes. A pesar de haber sentido la necesidad de consultar los programas de planificación familiar, higiene oral y el control médico, reportaron inasistencia a los mismos un 7,7%, un 6,5% y un 6,2% respectivamente.

Tipo de prestador consultado por servicios preventivos. Al preguntar por las instituciones donde los usuarios buscaron los servicios preventivos se encontró que los afiliados del régimen contributivo en general fueron a centros médicos, clínicas o servicios de urgencia privados. Aunque las proporciones de consulta de este último tipo de servicios son bajas, llama la atención que algunos encuestados los reporten como opción para consultar por prevención. En contraste, los afiliados al régimen subsidiado fueron a instituciones públicas, el 73,4% asistió a una Empresa Social del Estado nivel I; sin embargo, el 13,5% de éstos consultó una institución privada tipo centro médico, clínica o servicio de urgencias.

El uso de servicios privados en el régimen subsidiado se da porque algunas EPS tienen contratos con IPS de esta naturaleza para atender a su población; en algunos casos el hecho obedece a que las personas deciden usar este tipo de servicios pagando de su bolsillo por la atención. El servicio de urgencias para resolver necesidades preventivas podría ser un mecanismo para lograr una atención el mismo día en que se consulta. Véase Tabla 34.

Tabla 34. Tipo de prestador consultado por servicios preventivos según régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Tipo de prestador consultado	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Fue a un consultorio de un médico de barrio		1,3
Fue a un puesto o centro de salud público (ESE)		13,9
Fue a un centro médico privado	65,8	4,5
Fue a un hospital público (ESE)		73,4
Fue a una clínica privada	32,4	3,0
Fue a un servicio público de urgencias		0,8
Fue a un servicio privado de urgencias	0,3	3,0
Fue a un centro de terapia física o rehabilitación	1,0	
No sabe	0,3	
Otros	0,1	
Total	100	100

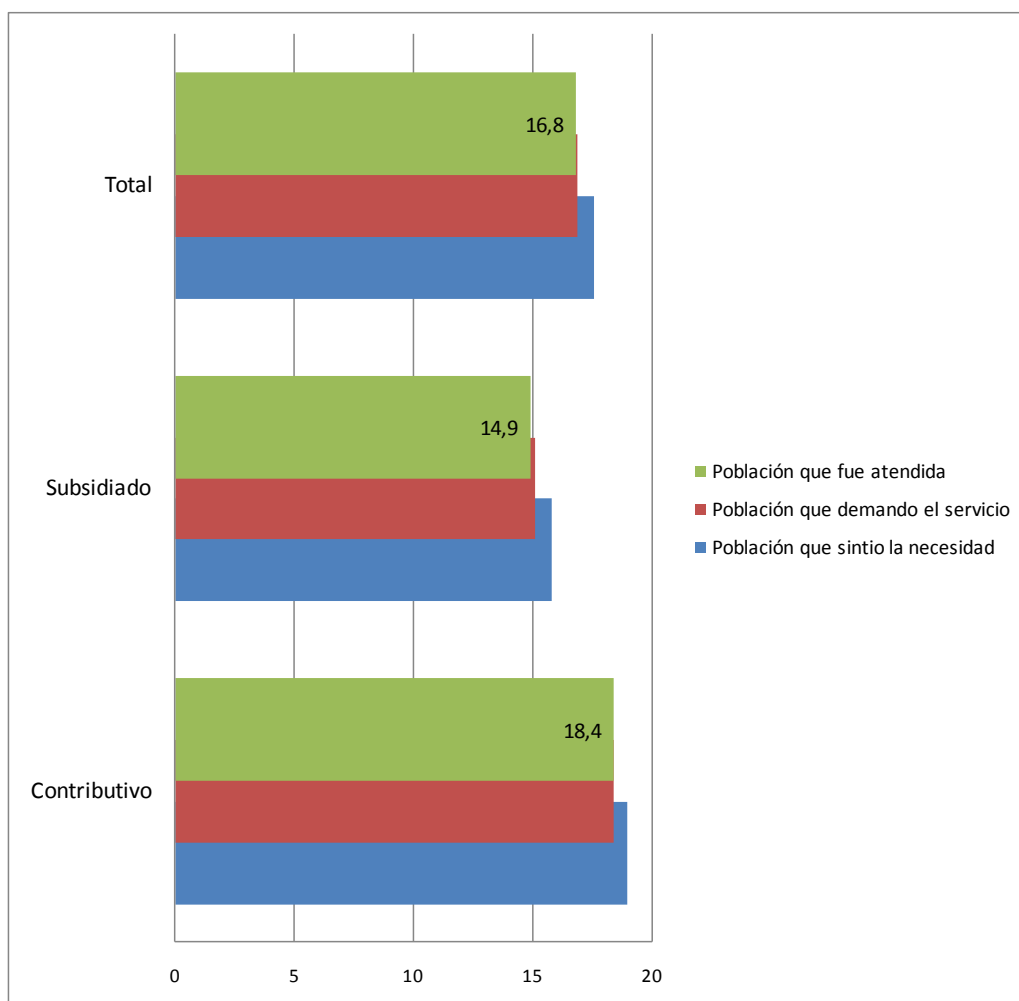
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.1.4 Demanda atendida y uso de servicios preventivos. El 98,8% de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado que sintieron la necesidad y demandaron los servicios preventivos fueron atendidos en las instituciones donde consultaron, solo en el régimen subsidiado un porcentaje inferior al 1,0% no fue atendido. Es decir que la gran mayoría de la población de ambos regímenes que demanda un servicio preventivo es atendida

Al recalcular los valores teniendo como denominador la población total afiliada al contributivo y al subsidiado, se estimó como un 16,8% de la población encuestada que pertenecía a los regímenes contributivo y subsidiado fue atendida en un servicio preventivo de salud en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta. En el régimen contributivo la población atendida fue el 18,4%, en el subsidiado el 14,9%. Menos de una quinta parte de la población siente la necesidad, demanda el servicio preventivo y es atendida. Véase Gráfico 22.

La Encuesta Nacional de Salud 2007⁹² reportó para Colombia la distribución por regímenes de afiliación de las prevalencias de uso de servicios preventivos en el último mes para la población entre 6 y 69 años encontrando alrededor del 20% para el contributivo y 13% para el subsidiado. Cerca del 16% del total de la población uso un servicio preventivo en el último mes.

Gráfico 22. Necesidad sentida, expresada y atendida en servicios preventivos en la población afiliada encuestada. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Uso de servicios preventivos por sexo y edad con respecto a la población afiliada al contributivo y subsidiado encuestada. Por otra parte, si se cambia el denominador de la población que siente, demanda y es atendida en un servicio preventivo por la población afiliada a cada régimen y además se analiza el uso de los programas preventivos por grupos de edad y sexo y se excluyen el control médico y la opción otros, se encuentra una situación completamente diferente, la cual se describe a continuación por sexo, grupos de edad y régimen de afiliación.

Hombres y uso de servicios preventivos por grupos de edad y régimen. En la población masculina, el análisis general del uso de servicios preventivos entre regímenes muestra como los servicios preventivos para los niños son más utilizados por el régimen subsidiado, mientras en la población de adultos mayores se encontró un mayor uso por los hombres del contributivo; en las grupos de edad que comprenden la población de 10 a 44 años, los reportes de uso son mínimos para ambos regímenes. Véase Tabla 35 y Gráfico 23.

En los hombres el uso de de servicios preventivos no llega al 50%, con excepción de los programas de crecimiento y desarrollo y PAI en menores de año del régimen subsidiado, para los cuales se reportó la utilización de los dos servicios, alcanzando porcentajes del 151,5%.

En el grupo de 80 y más años del contributivo, el 47,1% de los hombres usaron exclusivamente el programa de adulto mayor, en contraste, en la población de 10 a 14 años del subsidiado solo el 1,1% reportó uso de programas preventivos.

El programa de higiene oral solo fue reportado en los grupos de 5 a 9 y de 20 a 44 años en proporciones ínfimas. El uso del programa de adulto mayor en la población masculina de 45 a 49 años se reportó en un 10,4% para el contributivo y 7,7% para el subsidiado. Se reportaron proporciones muy bajas para el uso del programa de salud mental en varios de los grupos de edad; no se reportó uso del programa de planificación familiar por la población masculina.

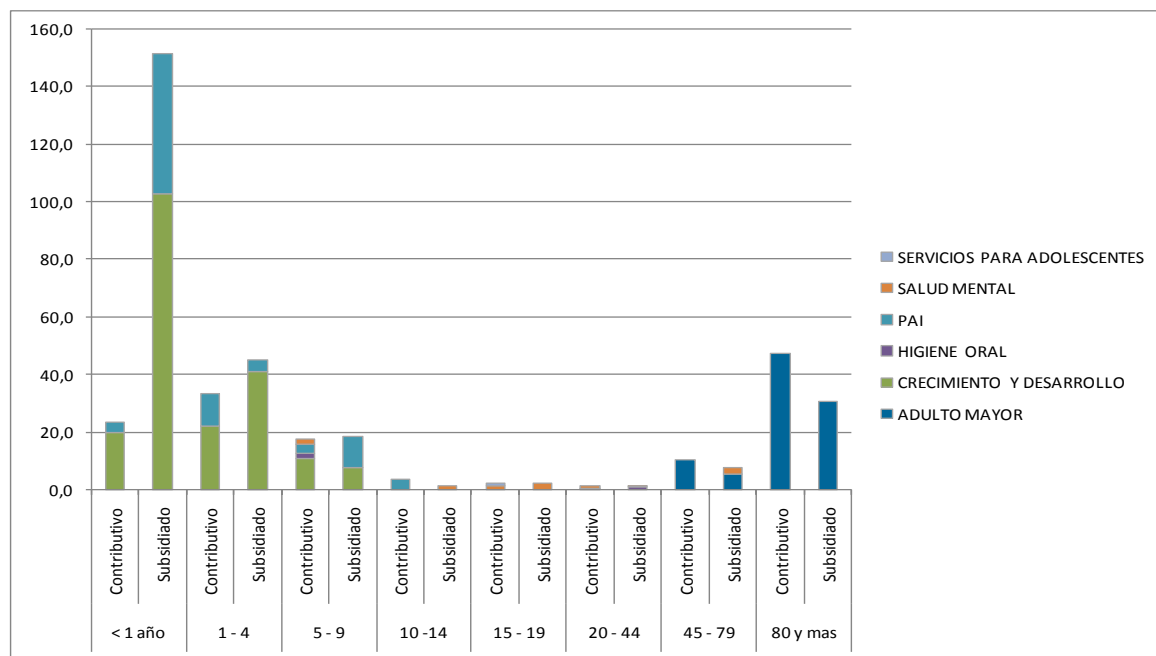
Sexo femenino y uso de programas preventivos por grupos de edad y régimen. Al analizar en las mujeres el reporte de uso de servicios preventivos por grupos de edad y compararlo con el reporte de los hombres, en éstas se observa un mayor uso de servicios preventivos.

En las mujeres, al igual que en los hombres el uso de los servicios preventivos no llega al 50%, con excepción de los programas de crecimiento y desarrollo y PAI en las menores de año del régimen contributivo, para los cuales se reportó utilización por el 97,7%. En los grupos de edad que comprenden a la población femenina de 5 a 44 años, las proporciones de uso de los programas, sin distinguir regímenes, oscilaron entre el 17,6% y el 5,6%, mientras en los grupos de 45 a 79 y 80 y más, fluctuaron entre 24,2% y 16%. Véase Tabla 36 y Gráfico 24.

Tabla 35. Uso de programas preventivos en hombres por grupos de edad y régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

GRUPOS DE EDAD	< 1 año		1 - 4		5 - 9		10 -14		15 - 19		20 - 44		45 - 79		80 y mas	
REGIMEN	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado
ADULTO MAYOR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	10,4	5,2	47,1	30,4
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	19,7	102,9	22,1	41,2	10,7	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HIGIENE ORAL	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
PAI	3,5	48,6	11,2	3,9	3,5	10,8	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SALUD MENTAL	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,1	1,3	2,1	1,1	0,4	0,0	2,4	0,0	0,0
SERVICIOS PARA ADOLESCENTES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL	23,2	151,5	33,3	45,1	17,6	18,4	3,4	1,1	2,3	2,1	1,3	1,5	10,4	7,7	47,1	30,4

Gráfico 23. Uso de programas preventivos en hombres por grupos de edad y régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

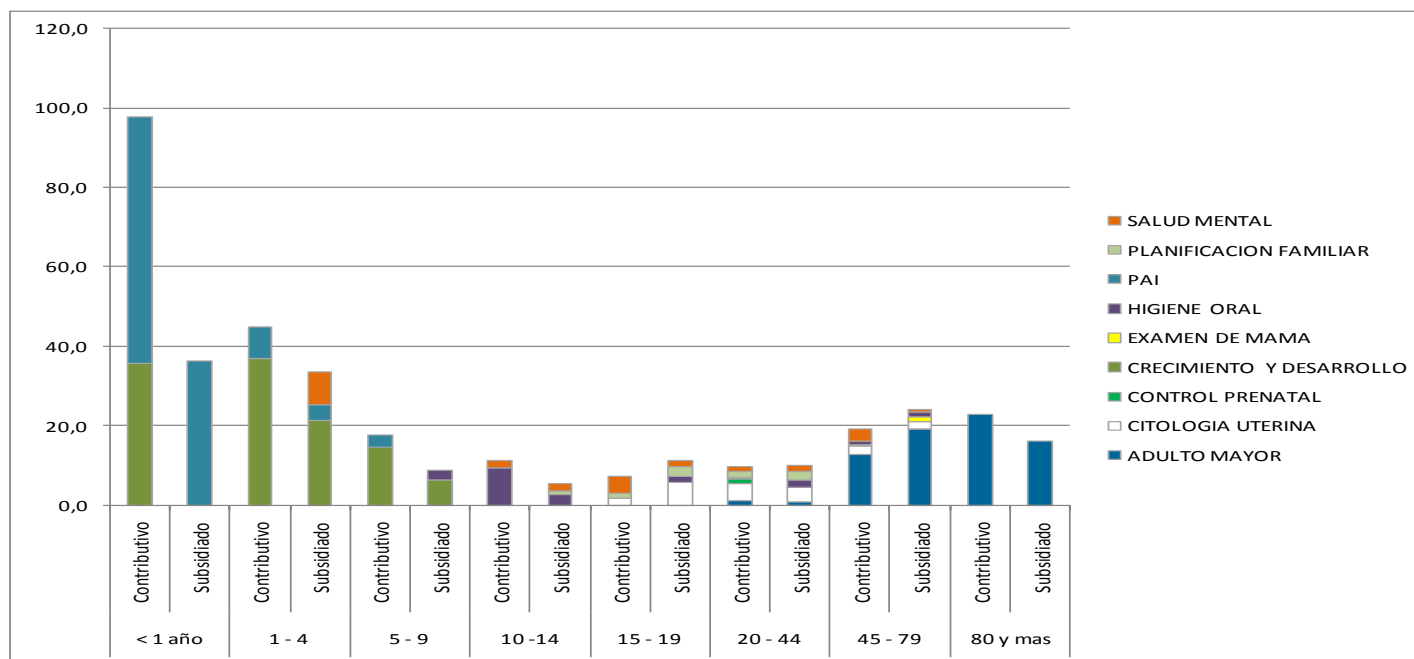


Fuentes: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 36. Uso de programas preventivos en mujeres por grupos de edad y régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

GRUPOS DE EDAD	< 1 año		1 - 4		5 - 9		10 -14		15 - 19		20 - 44		45 - 79		80 y mas	
REGIMEN	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado
ADULTO MAYOR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0	12,9	19,2	23,0	16,0
CITOLOGIA UTERINA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	5,7	4,2	3,7	2,0	2,0	0,0	0,0
CONTROL PRENATAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	35,8	0,0	37,0	21,5	14,7	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EXAMEN DE MAMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	1,2	0,0	0,0
HIGIENE ORAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	9,4	2,8	0,0	1,5	0,2	1,8	1,0	1,1	0,0	0,0
PAI	61,9	36,3	8,0	3,9	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PLANIFICACION FAMILIAR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,0	2,7	1,4	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
SALUD MENTAL	0,0	0,0	0,0	8,1	0,0	0,0	2,0	1,8	4,5	1,5	1,1	1,4	3,1	0,7	0,0	0,0
TOTAL	97,7	36,3	45,0	33,5	17,6	8,8	11,4	5,6	7,4	11,4	9,6	10,0	19,3	24,2	23,0	16,0

Gráfico 24. Uso de programas preventivos en mujeres por grupos de edad y régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuentes: Elaboración propia, cálculos del estudio

En los grupos de edad que comprenden a las menores de 1 año hasta las mujeres de 10 a 14 años, se encontraron mayores proporciones de uso por las afiliadas al contributivo; en el grupo de 15 a 19 la cifra fue ligeramente más alta en el subsidiado; en la población de 20 a 44 años fue muy similar; en el grupo de 45 a 79 fue un poco más alta en el subsidiado mientras entre las mujeres de 80 y más la proporción fue 7 puntos porcentuales más alta para el contributivo.

Como era de esperarse los programas de crecimiento y desarrollo y PAI se reportan con mayor frecuencia entre las niñas menores de 4 años; sin embargo en el contributivo de menores de 1 año, la proporción de uso fue de 97,7% mientras en el subsidiado fue de 36,3%.

Cuando se analiza el uso de los programas que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva de las mujeres se observan proporciones muy bajas. En los grupos de edad comprendidos entre los 15 y los 44 años, la citología uterina es el de mayor reporte, con proporciones muy similares entre ambos regímenes que van entre 5,7% y 1,9%. Se nota una mayor proporción de uso del servicio de citología vaginal en el grupo de mujeres del subsidiado de 15 a 19 años, 5,7%. El examen de mama y la planificación familiar tienen reportes de uso muy bajos.

El programa del adulto mayor obtuvo un 23%, en las mujeres del contributivo de 80 y más años y un 16% entre las del subsidiado de la misma edad; mientras que en el grupo de 45 a 79 fue de 19,3% para el contributivo y 24,2% para el subsidiado.

Aunque las proporciones de uso del programa de salud mental auto reportadas fueron bajas, se percibe su uso por algunas mujeres en casi todos los grupos de edad.

7.3.2 Necesidad sentida, expresada y atendida de servicios de salud curativos

Doscientas treinta y seis personas de las que se encontraban afiliadas al régimen contributivo y subsidiado en el mes anterior a la encuesta y hasta la fecha, reportaron estar enfermas, tener un problema odontológico u otro problema de salud, esta cifra corresponde al 12,9% [11,3 – 14,8] de los afiliados; el análisis por régimen mostró una prevalencia para el primero de 12,5% [10,3 – 15,0] y para el segundo de 13,5% [1,1 – 16,4] respectivamente. Véase Gráfico 25, Tabla 37 y Tabla 38. La escasa diferencia entre las prevalencias de cada régimen puede explicarse por la pertenecía de la población al mismo estrato socioeconómico.

Los hallazgos resultan similares a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005, en esta, el porcentaje nacional de personas que

estuvieron enfermas en los últimos 30 días fue de 12,4%, este porcentaje se va incrementado ligeramente a medida que aumenta la edad, hasta el 20 por ciento entre los de 80 a 89 años de edad. Para el Valle del Cauca la misma encuesta encontró un 10,6% de personas que estuvieron enfermas en el último mes.⁹³

Entre quienes reportaron un problema de salud se encontró una prevalencia de necesidad sentida de servicios curativos del 97,3% [92,9 – 99,0] para el contributivo y 95,3%, [88,3 – 98,2] para el subsidiado, con diferencias estadísticamente significativas. La prevalencia de demanda expresada fue similar entre los regímenes, mientras la prevalencia de demanda atendida fue mayor en el régimen contributivo, 99,3%.

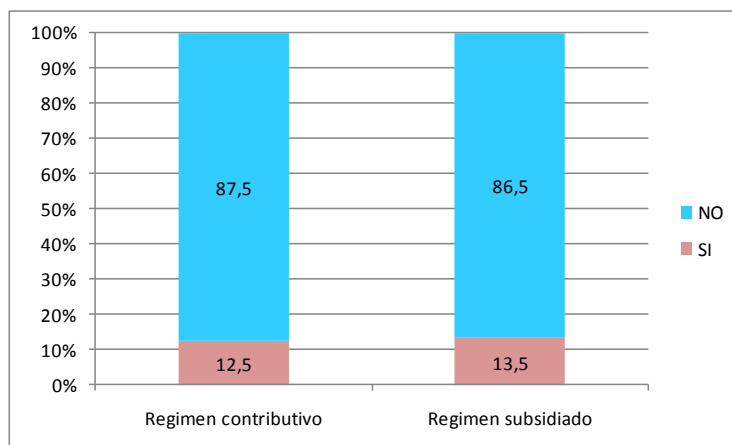
Tabla 37. Prevalencias de algún problema de salud y necesidad sentida expresada y atendida de servicios curativos. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Categorías	Prevalencias		
	General	Afiliación al SGSSS	
		Contributivo	Subsidiado
Problema de salud	12,9 [11,3 – 14,8]	12,5 [10,3 – 15,0]	13,5 [1,1 – 16,4]
Necesidad sentida de servicios curativos	96,4 [92,9 – 98,2]	97,3 [92,9 – 99,0]	95,3 [88,3 – 98,2]
Demanda expresada de servicios curativos	94,1 [90,1 – 96,5]	95,9 [91,1 – 98,2]	91,9 [84,3 – 96,0]
Demanda atendida en servicios curativos	97,8 [94,1 – 99,2]	99,3 [94,9 – 99,9]	96,1 [88,0 – 98,8]

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Si observamos este cuadro podemos deducir que en general las personas que tienen la necesidad y demandan los servicios están siendo atendidas.

Gráfico 25. Comparativo de problemas de salud sentidos entre el régimen contributivo y subsidiado. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuentes: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 38. Valores p para problema de salud, necesidad sentida, demandada y atendida en servicios curativos por régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Variable	Afiliación al SGSSS		Valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tuvo un problema de salud			
Si	12,5	13,5	0,93
No	87,5	86,5	
Total	100	100	
Sintió la necesidad de consultar un servicio de salud			
Si	97,3	95,3	0,022
No	2,7	4,7	
Total	100	100	100
Demandó el servicio de salud			
Si	95,9	91,9	0,34
No	4,1	8,1	
Total	100	100	
Fue atendido en el servicio de salud			
Si	99,3	96,1	0,20
No	0,7	3,9	
Total	100	100	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.2.1 Necesidad sentida de servicios curativos de salud. Del total de personas que tuvo un problema de salud, el 96,4% sintió la necesidad de consultar por dicho problema, al revisar por régimen de afiliación se encuentra una mayor necesidad sentida de consultar por parte de los afiliados del régimen contributivo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,022$). Véase Tabla 39.

Con relación a como se distribuye esta necesidad entre las EPS, se encontró como en el régimen contributivo esta se dio así: un 35,5% en SOS, un 17,8% en la Nueva EPS, un 13% en Comfenalco Valle, y un 12,2% en Saludcoop; en el régimen subsidiado, el 48,7% en Calisalud y el 24,8% en Emmsanar.

En el caso del régimen contributivo, estos resultados se correlacionan con los porcentajes de pertenencia a EPS como SOS y Comfenalco, no así para COOMEVA, quien ocupa el tercer lugar en población inscrita en el barrio, pero es superada en las proporciones de necesidad sentida por la población que pertenece a Saludcoop. En el régimen subsidiado los valores se correlacionan para las dos primeras EPS, la población con necesidad sentida de servicios curativos inscrita en Coosalud, supera la de CAPRECOM, quien tiene una mayor proporción de personas inscritas. Véase Tabla 39.

Tabla 39. Necesidad sentida de consultar por un problema de salud según régimen de afiliación y EPS. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Afiliación al SGSSS	Nombre de la EPS	Sintieron la necesidad de consultar	
		SI (%)	NO (%)
Contributivo	SALUD TOTAL	3,9	0
	SANITAS	0,5	0
	SUSALUD	1,1	0
	COMFENALCO VALLE	13,0	0
	SALUDCOOP	12,2	23,1
	COOMEVA	10,3	30,8
	SOS	33,5	0,0
	CRUZ BLANCA	6,7	0,0
	NUEVA EPS	17,8	46,2
	COLMEDICA	0,9	0,0
	Total	100	100
Subsidiado	CAPRECOM	8,3	0
	CALISALUD	48,7	82,5
	CONDOR	3,6	0
	SELVA SALUD	2,7	17,5
	COOSALUD	12,0	0

Afiliación al SGSSS	Nombre de la EPS	Sintieron la necesidad de consultar	
		SI (%)	NO (%)
	EMSSANAR	24,8	0
	Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El análisis por sexo no mostró diferencias importantes en la necesidad sentida de consultar entre hombres y mujeres; con relación a los grupos de edad, el 33,3% de las personas de 20 a 44 años, seguido del 10,6% de los cuidadores de los menores de 5 a 9 años, reportaron los mayores porcentajes de necesidad sentida. Entre las personas que reportaron haber tenido un problema de salud y no sentir la necesidad de consultar por el problema, se destacaron con los mayores porcentajes los grupos de edad de 20 a 44 años, 42,4%, y de 45 a 79, 34,8%, seguidos del grupo de 15 a 19 con un 15,2%. Véase Tabla 40.

Tabla 40. Sexo y edad de los afiliados de acuerdo con la necesidad sentida de consultar por un problema de salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Variables	Sintió la necesidad de consultar	
	Si (%)	No (%)
Sexo		
Hombre	97,3	2,7
Mujer	95,8	4,2
Grupos de edad		
< 1 año	2,7	0
1-4	9,7	0
5-9	10,6	0
10-14	8	4,5
15-19	6,9	15,2
20-44	33,3	42,4
45-79	26	34,8
80 y más	2,8	3

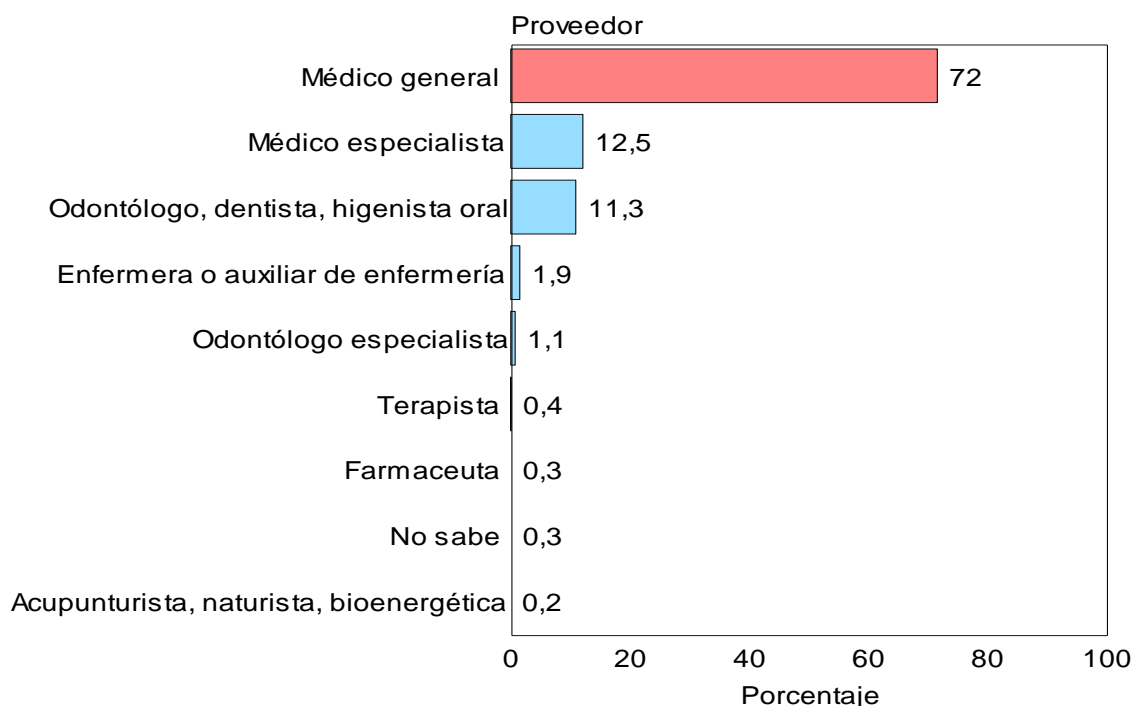
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Proveedor de servicios a consultar. En concordancia con las normas del sistema de salud colombiano, el 72,0% de los afiliados que sintió la necesidad de un servicio curativo quería consultar al médico general. Continúan con proporciones inferiores al 13%, el 12,5% para médico especialista, y el 11,3% para

los proveedores de servicios odontológicos básicos (odontólogo, dentista, higienista oral). Véase Gráfico 26

En consecuencia, al analizar por sexo que tipo de proveedor de servicios se quería consultar, el mayor porcentaje tanto en hombres como mujeres corresponde al médico general, continúan el médico especialista y los proveedores de servicios odontológicos básicos, las mujeres reportan un poco más que los hombres éstos últimos proveedores, mientras los hombres mencionan un poco más a los médicos especialistas. Los hombres también nombraron: *terapista, farmaceuta* y proveedores de servicios de medicina alternativa (*acupunturista, naturista, bio-energético*). Véase Tabla 41.

Gráfico 26. Proveedor de servicios al que querían consultar las personas que tuvieron un problema de salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 41. Proveedor de servicios al que querían consultar según sexo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

A quien quería consultar	Sexo	
	Hombre (%)	Mujer (%)
Médico general	73,1	71,2
Médico especialista	13,8	11,6
Proveedor de servicios odontológicos básicos	8,8	13,0
Enfermera o auxiliar de enfermería	1,1	2,5
Odontólogo especialista	1,9	0,6
Terapista		0,7
Farmaceuta	0,8	
No sabe		0,5
Medicina alternativa	0,5	
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Como se observa en la Tabla 42, el primer proveedor al que se quería consultar en todos los grupos de edad fue el médico general; en los menores de 9 años fue reportado en segundo lugar el médico especialista, comportamiento que varía para los afiliados de 10 a 19 años, donde el proveedor de servicios odontológicos básicos aparece en segundo lugar. La medicina alternativa se reportó en menor proporción, 0,7%, y solo por las personas de 20 a 44 años. En el grupo de 45 a 79 años aparece la necesidad de consultar a otros proveedores de servicios de salud.

Tabla 42. Distribución del proveedor de servicios a quien se quería consultar por grupos de edad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

A quien quería consultar	Grupos de edad							
	< 1 año (%)	1-4 (%)	5-9 (%)	10-14 (%)	15-19 (%)	20-44 (%)	45-79 (%)	80 y más (%)
Médico general	56,3	74,9	76,0	59,6	55,3	73,2	76,4	82,0
Médico especialista	43,8	21,1	3,1	14,2	6,5	10,4	13,2	18,0
Proveedor de servicios odontológicos básicos		4,1	20,9	26,2	38,2	8,1	5,1	
Enfermera o auxiliar de enfermería						3,6	2,3	

A quien quería consultar	Grupos de edad							
	< 1 año (%)	1-4 (%)	5-9 (%)	10-14 (%)	15-19 (%)	20-44 (%)	45-79 (%)	80 y más (%)
Odontólogo especialista						1,8	1,9	
Terapista						1,2	0,0	
Farmaceuta						1,0		
No sabe							1,1	
Medicina alternativa						0,7		
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

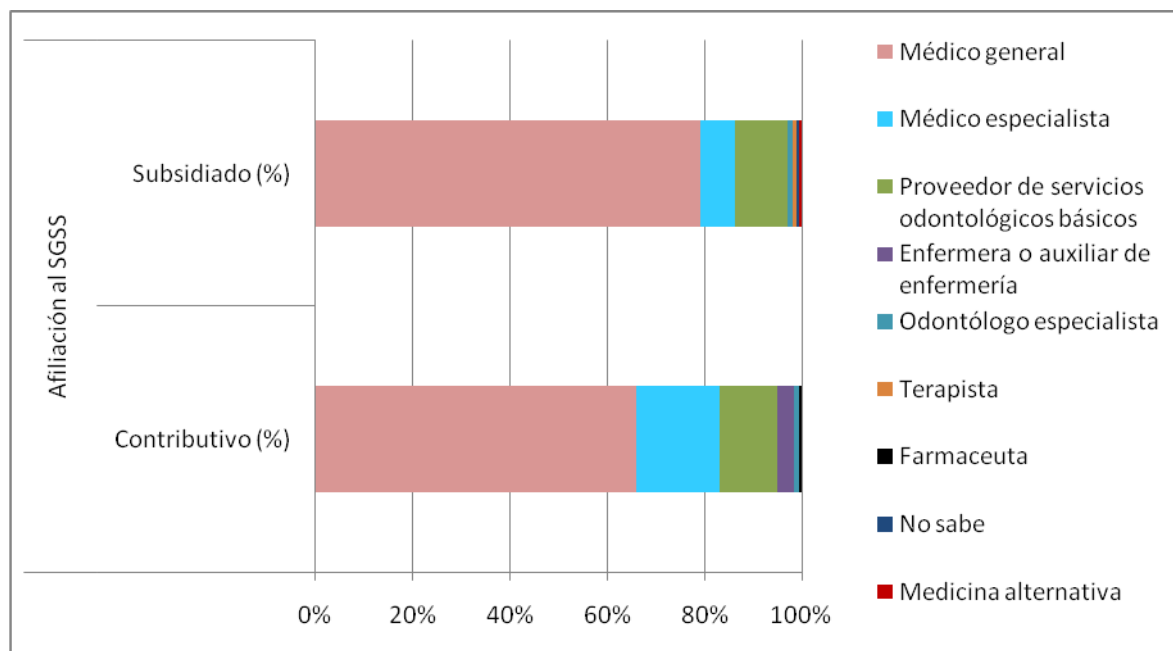
Los afiliados del régimen contributivo y subsidiado reportaron al médico general como el principal proveedor a consultar. En el contributivo continuó en orden, el 17% para médico especialista y el 11,9% para el proveedor de servicios odontológicos básicos; en el régimen subsidiado también fueron reportados estos dos proveedores pero el orden cambió. Aunque con un porcentaje inferior al 1%, llama la atención que las personas del contributivo reportaron querer consultar al farmaceuta, mientras los afiliados al régimen subsidiado hicieron referencia a la medicina alternativa. Véase Tabla 43 y Gráfico 27.

Tabla 43. Proveedor de servicios que se quería consultar según régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

A quien quería consultar	Afiliación al SGSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Médico general	66,0	79,2
Médico especialista	17,0	7,1
Proveedor de servicios odontológicos básicos	11,9	10,6
Enfermera o auxiliar de enfermería	3,4	
Odontólogo especialista	1,1	1,1
Terapista		0,8
Farmaceuta	0,6	
No sabe		0,6
Medicina alternativa		0,5
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 27. Proveedor de servicios que se quería consultar según régimen de afiliación. Barrio República de Isarel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.2.2 Necesidad demandada de servicios curativos. El 94,1% [90,1 – 96,5] de los afiliados en ambos regímenes que sintió la necesidad de usar un servicio curativo buscó al proveedor de servicios que quería. En el contributivo la cifra fue de 95,9% [91,1 – 98,2], en el subsidiado de 91,9% [84,3 – 96,0].

El 36,4% de quienes buscaron el proveedor de servicio lo hizo en un consultorio de un centro médico privado, el 28,1% en un consultorio de hospital público y un 14,8% en una clínica privada. Este comportamiento está determinado por las características de las redes de servicios de las EPS contributivas y subsidiadas.

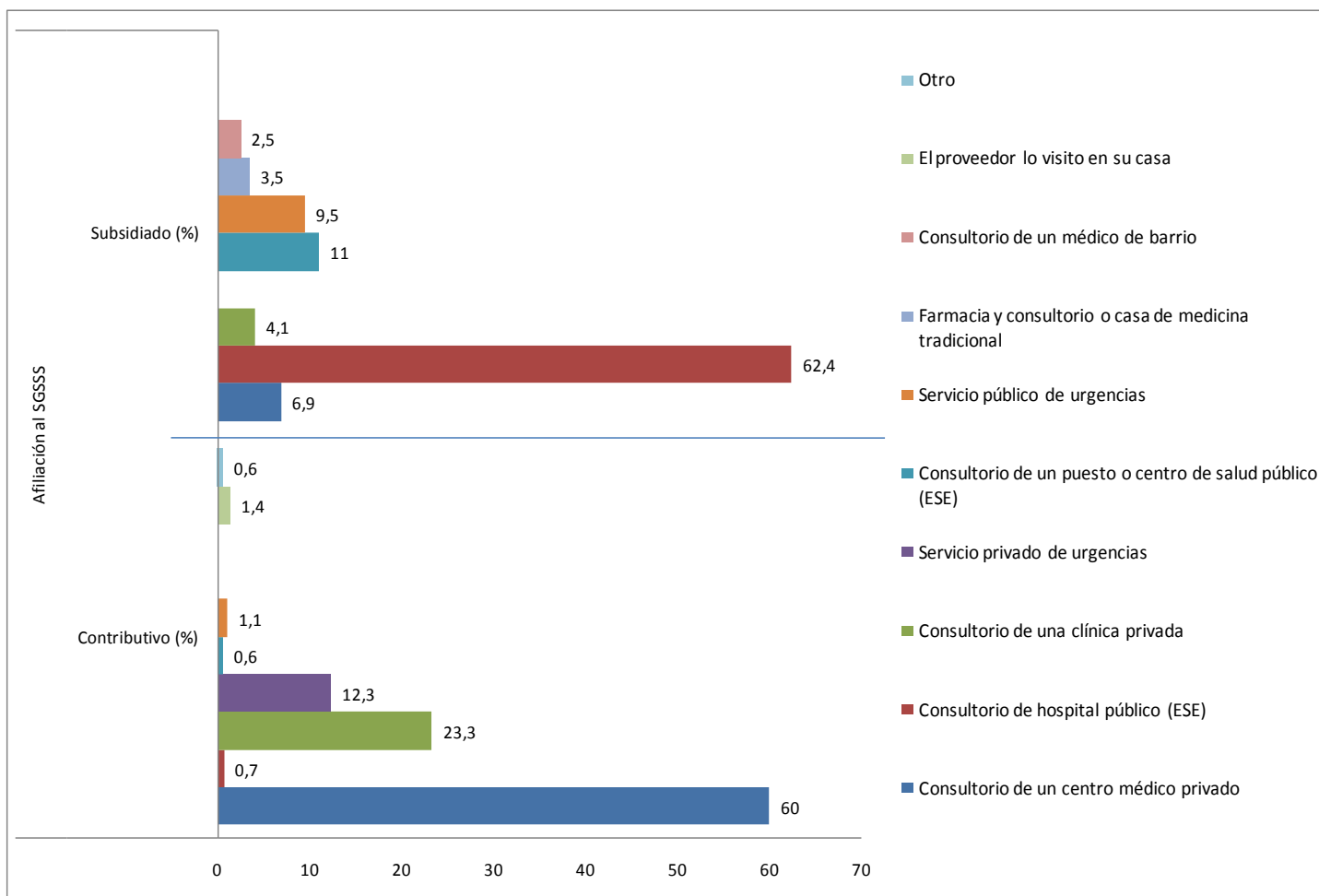
El mayor porcentaje de los afiliados al régimen contributivo, 60,0%, acudió a un consultorio de un centro médico privado; un 23,3% consultó una clínica privada y el 12,3% un servicio de urgencias privado; algunos consultaron instituciones públicas. Por su parte, en el régimen subsidiado, el 62,4% consultó un hospital público (ESE), el 11,0% un centro o puesto de salud; en este régimen llama la atención el reporte de afiliados que consultaron la farmacia y un consultorio de medicina tradicional, así como un consultorio médico de barrio. Véase Tabla 44 y Gráfico 28.

Tabla 44. Lugar donde se buscó al proveedor de servicios que quería consultar por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Lugar donde buscó al proveedor que se quería consultar	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Consultorio de un centro médico privado	60,0	6,9
Consultorio de hospital público (ESE)	0,7	62,4
Consultorio de una clínica privada	23,3	4,1
Servicio privado de urgencias	12,3	
Consultorio de un puesto o centro de salud público (ESE)	0,6	11,0
Servicio público de urgencias	1,1	9,5
Farmacia y casa o consultorio de medicina tradicional		3,5
Fue a un consultorio médico de barrio		2,5
La persona lo visito en su casa	1,4	
Otro	0,6	
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 28. Lugar donde se buscó al proveedor de servicio que quería consultar el afiliado. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El 90,5% de las personas que consultaron al proveedor que querían lo hicieron dentro de su red de servicios. Al relacionar los lugares donde consultaron con la red de prestación de servicios por régimen de afiliación se encontró como el 96,9% de los afiliados al régimen contributivo hicieron uso de las instituciones adscritas a su red de prestación de servicios, frente a un 82,6% de los afiliados al régimen subsidiado, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Véase Tabla 45.

Tabla 45. Usuarios que buscaron en su red de servicios al proveedor que querían consultar, según régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Consultó a su red de servicios	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	96,9	82,6
No	3,1	17,4
Total	100,0	100,0

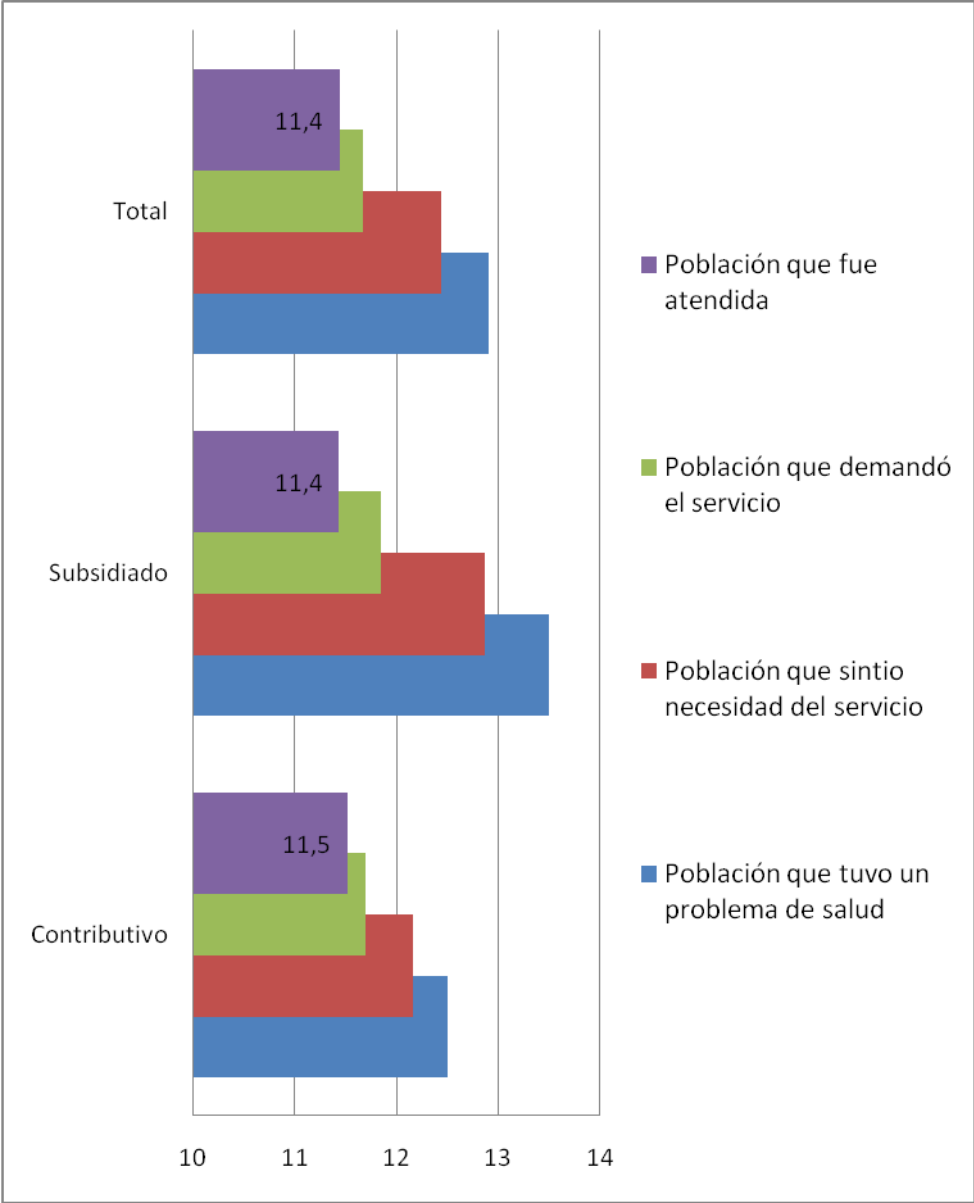
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.2.3 Demanda atendida y uso de servicios curativos. Fue atendido el 97,8% [94,1 – 99,2] de los afiliados al régimen contributivo y subsidiado que reportaron sentir la necesidad de consultar por un problema de salud en el último mes y hasta la fecha de la encuesta y además demandaron el servicio.

Es decir, que la mayoría de las personas de ambos regímenes que teniendo un problema de salud siente la necesidad de usar un servicio es atendida. Importante observar que según la Encuesta Nacional de Salud 2007⁹⁴, la cual indagó la demanda de consulta por presentar un problema de salud en la población de 6 a 69 años distribuida por regímenes de afiliación, incluyendo los no afiliados, se encontró para el régimen contributivo que esta se situó en el 55% y en el régimen subsidiado en el 44%.

Al analizar el uso de los servicios curativos con relación a la población afiliada a ambos regímenes, solo un 11,4% utilizó un servicio curativo de salud en el mes anterior y hasta la fecha de aplicación de la encuesta. En el régimen contributivo la población atendida fue similar al subsidiado, 11,5% y 11,4% respectivamente. En resumen, alrededor de una décima parte de la población del barrio siente la necesidad de consultar, demanda y usa los servicios curativos. En el régimen subsidiado se encontró 2,2 puntos porcentuales de diferencia entre los que sienten un problema de salud y los que finalmente usan el servicio. Véase Gráfico 29.

Gráfico 29. Comparativo por régimen de afiliación de la población que tuvo un problema de salud, sintió la necesidad del servicio, lo demandó y fue atendida. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.3 Análisis de casos de uso y acceso a servicios formales de salud

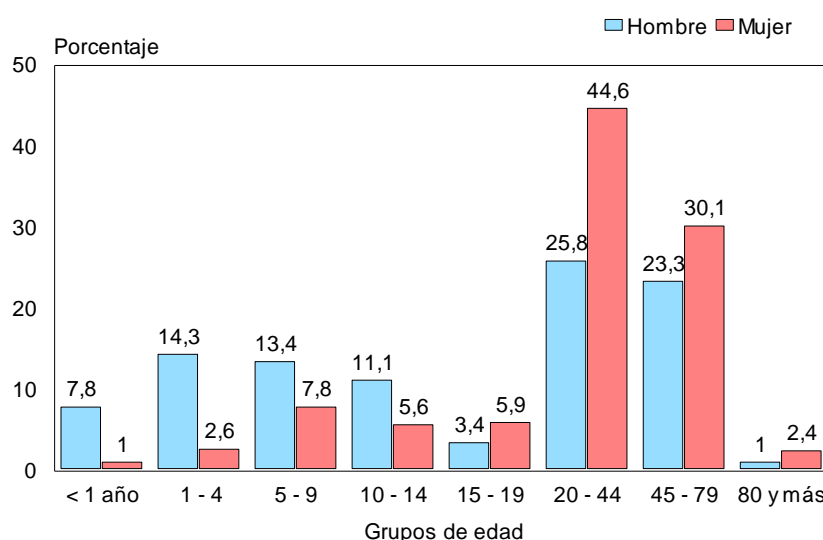
Para explorar aspectos más específicos del acceso a los servicios (Parte II del cuestionario), se seleccionó una persona al azar de cada hogar donde se encontró uno o más afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, los cuales tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud en el último mes y hasta la fecha de la encuesta. El total de personas encuestadas en esta parte de la encuesta corresponde al 66% de todos los que cumplieron el criterio anterior.

En este apartado de los resultados se abordan de manera específica las variables relacionadas con el acceso a otro tipo de servicios de salud como las pruebas diagnósticas, la consulta por especialistas, el suministro de medicamentos, las hospitalizaciones y el uso de los servicios de urgencias.

7.3.3.1 Característica sociodemográficas y de afiliación de los casos estudiados. Entre las personas encuestadas, el 35,5% tenía entre 20 y 44 años, el 27,2% entre 45 y 79 años y el 10,2% de 5 a 9 años; 57% eran mujeres y el 43% hombres.

En la distribución por edad y sexo, se observa un mayor porcentaje de hombres en los grupos de edad menores o iguales a 14 años, mientras en las mujeres los grupos de 20 a 79 años tuvieron la mayor distribución. Véase Gráfico 30.

Gráfico 30. Análisis de casos: distribución por edad de los usuarios. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

En este grupo con relación al nivel escolar, el 34,5% tenían estudios de primaria, el 23,6% estudios de secundaria, un 24,1% no tenía ninguna escolaridad, el 11,5% pre-escolar, solo el 5,8% tenían estudios técnicos/tecnológicos y un 0,6% estudios universitarios.

En ocupación, el 75,2% fueron clasificados como población en edad de trabajar y el 42,4% como Población Económicamente Inactiva (PEI). Dentro de la PEA, el 82,7% se encontraban ocupados al momento de la encuesta y el 17,3 eran desempleados. Con relación a las posiciones ocupacionales de los encuestados, 54,9% eran obreros o empleados particulares, 39,4% trabajadores por cuenta propia, el resto de posiciones reportaron menos del 5% en la distribución.

En afiliación al SGSSS, el 54,8% estaban afiliados al régimen contributivo y el 45,2% al subsidiado. De los afiliados al régimen contributivo, el 70,3% eran beneficiarios y el 29,7% cotizantes.

Al revisar la pertenencia a EPS por régimen de afiliación, se encontró como para el régimen contributivo el 36,0% de las personas era de SOS, el 18,4% de La Nueva EPS, el 13,9% de Comfenalco Valle y el 12,6% de Saludcoop, mientras en el subsidiado, el 53,9% hacían parte de Calisalud, el 23,2% de Emssanar y el 11,6% de Coosalud. Véase Tabla 46.

Tabla 46. Análisis de casos: EPS de los usuarios de servicios por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Afiliación al SGSSS	Nombre de la EPS	Porcentaje
Contributivo	SALUD TOTAL	4,8
	SANITAS	0,7
	SUSALUD	1,6
	COMFENALCO VALLE	13,9
	SALUDCOOP	12,6
	COOMEVA	7,5
	SOS	36,0
	CRUZ BLANCA	3,9
	NUEVA EPS	18,4
	COLMEDICA	0,4
	Total	100
Subsidiado	CAPRECOM	7,1
	CALISALUD	53,9
	CONDOR	2,9

Afiliación al SGSSS	Nombre de la EPS	Porcentaje
	SELVA SALUD	1,3
	COOSALUD	11,6
	EMSSANAR	23,2
	Total	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.3.2 IPS consultadas por los afiliados. Como se puede observar en los resultados que se presentan aquí, por el mapeo realizado según las direcciones exactas de las IPS consultadas, que permitió analizar el acceso geográfico, se encontró una diferencia entre los dos regímenes, en la relación de distancia geográfica entre las IPS consultadas por los afiliados.

Las tablas y mapas siguientes presentan los hallazgos, los cuales se graficaron de acuerdo al nivel de concentración de las frecuencias de uso y de la ubicación con respecto a su residencia en el barrio República de Israel.

IPS del Régimen Contributivo. Los encuestados del régimen contributivo reportaron 32 IPS consultadas por servicios curativos, la mayoría de naturaleza privada; el 61,2% del uso se distribuyó entre las 6 que ocuparon los primeros lugares con proporciones entre el 15,5% y el 5,0%. Las IPS más usadas fueron Comfandi Calipso, Nueva EPS Torres de Maracaibo, Comfandi Tequendama, Comfenalco Pasoancho, la Clínica Santillana y el Centro Médico Imbanaco. Del séptimo lugar hasta el 32, las frecuencias oscilaron entre el 4,1% y el 0,3%. Véase Tabla 47.

Tabla 47. Estudio de casos: quince primeras IPS consultadas por los afiliados del régimen contributivo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

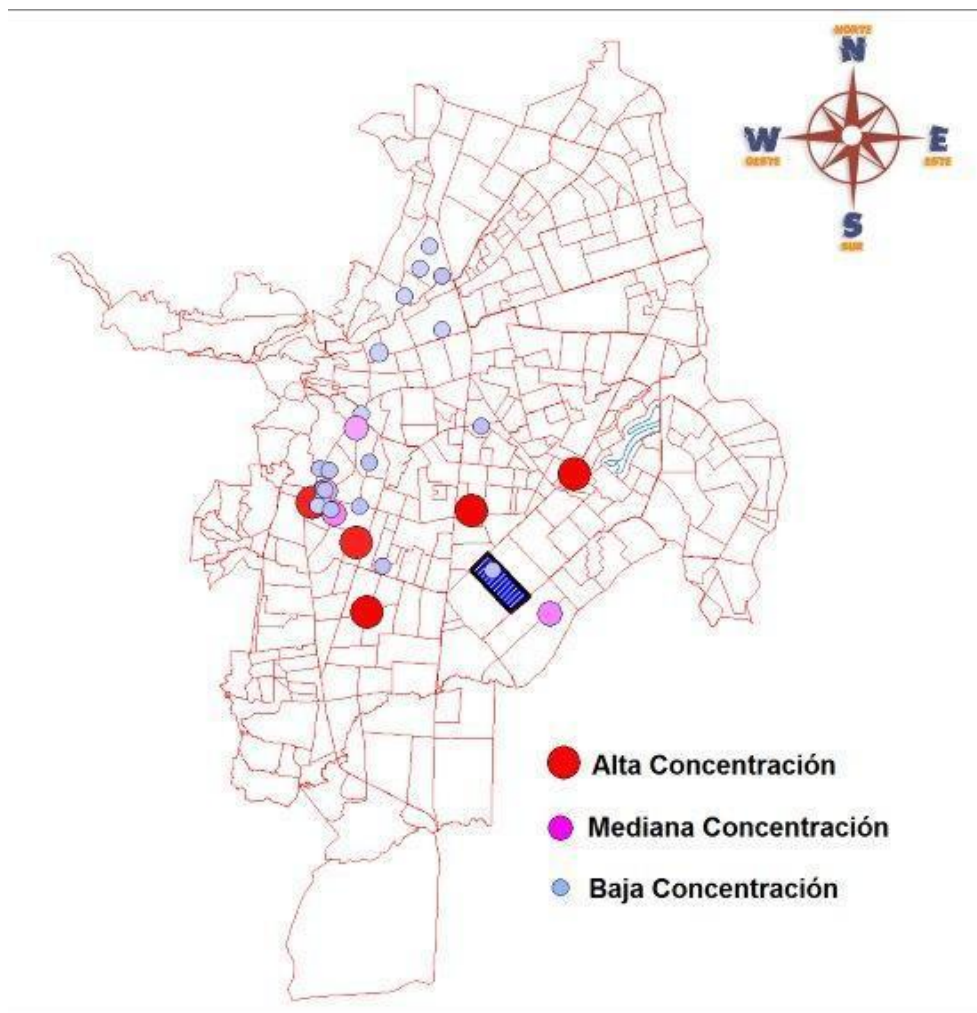
IPS CONSULTADAS POR AFILIADOS DEL CONTRIBUTIVO	%
IPS COMFANDI CALIPSO	15,5
NUEVA EPS TORRES DE MARACAIBO	13,7
CLINICA COMFANDI TEQUENDAMA	12,2
IPS COMFENALCO PASOANCHO	8,9
CORPORACION SALUDCOOP OCCIDENTE CLINICA SANTILLANA	5,9
CENTRO MEDICO IMBANACO	5,0
CORPORACION SALUDCOOP SIN PRECISAR UBICACIÓN	4,1
IPS SALUD TOTAL AVENIDA ROOSEVELT	3,0

IPS CONSULTADAS POR AFILIADOS DEL CONTRIBUTIVO	%
IPS CRUZ BLANCA SEDE PRINCIPAL PASOANCHO	2,6
IPS COMFANDI EL MORICHAL	2,4
UBA COOMEVA TEQUENDAMA AVENIDA ROOSEVELT	2,4
CLINICA SAN FERNANDO	2,1
PUNTO COOMEVA CLÍNICA MÉDICOS	2,0
CORPORACION SALUDCOOP OCCIDENTE CLINICA CHAMPAGNAT	1,8
HOSPITAL CARLOS CARMONA	1,8
OTRAS	17,0
TOTAL	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Ubicación geográfica de las IPS que consultaron los afiliados al régimen contributivo. En el régimen contributivo, solo dos de las EPS ofrecen a su población IPS de primer nivel cercanas a su residencia, SOS y la Nueva EPS; las demás IPS están ubicadas en su mayoría en el sector de Tequendama y San Fernando, aunque también hay un grupo importante en el noroccidente de la ciudad. La frecuencia de uso de las IPS está condicionada a la proporción de inscritos en cada EPS, por consiguiente las redes de mayor uso coinciden con las administradoras a las cuales pertenecen el mayor número de afiliados: SOS, Nueva EPS, Saludcoop y Comfenalco EPS. Véase Tabla 47 y Gráfico 31.

Gráfico 31. Estudio de casos: mapeo de IPS y concentración de uso por los afiliados al régimen contributivo. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. Secretaría de Planeación Municipal. Departamento de Cartografía. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad del Valle. 2001.

MAPINFO CORPORATION. MapInfo Professional. Ver. 4.0. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad de Valle. <www.mapinfo.com>. 1999.

IPS del Régimen Subsidiado. Entre los afiliados al régimen subsidiado, fueron reportadas 15 IPS; el 70,9% uso el Hospital Carlos Carmona, ubicado en el barrio República de Israel, seguido de un 6,9% que usó el Puesto de Salud de Mariano Ramos, contiguo al barrio. Aunque el mayor uso se da para las instituciones públicas aparecen también entidades privadas y algunas públicas del régimen de excepción. Esto se explica por dos razones, primero, las EPS del subsidiado tienen contratos con redes privadas y segundo, algunos afiliados al subsidiado son también beneficiarios de los regímenes especiales. Véase Tabla 48.

Tabla 48. Estudio de casos: IPS consultadas por los afiliados del régimen subsidiado. Barrio República de Israel, 2009. Cali

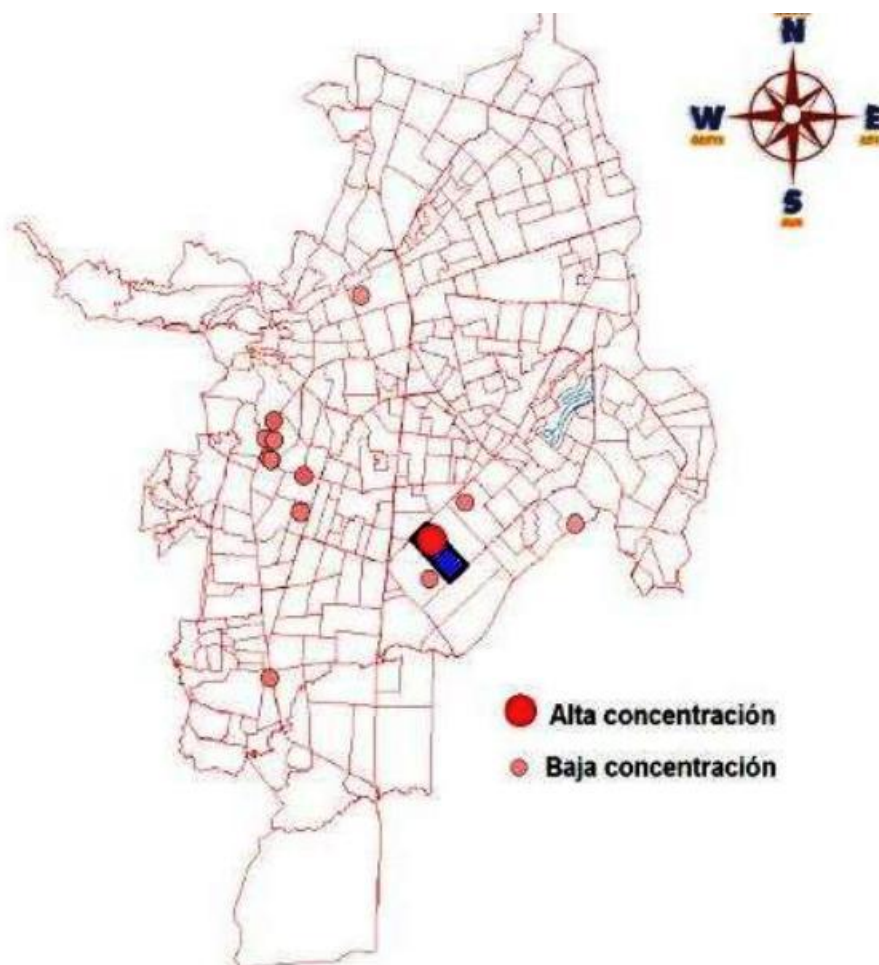
IPS CONSULTADAS POR AFILIADOS DEL SUBSIDIADO	%
HOSPITAL CARLOS CARMONA E.S.E.	70,9
PUESTO DE SALUD MARIANO RAMOS	6,9
COLMEDICA IMBANACO	3,3
LOS CAMBULOS (UNIVERSIDAD LIBRE Y COMFENALCO)	3,3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.	2,7
HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO E.S.E.	2,2
CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO	2,2
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	1,5
UNIDAD ODONTOLOGICA EL CEDRO	1,3
TERCERA BRIGADA DISPENSARIO MEDICO	1,1
CONSULTORIO PRIVADO	1,1
CENTRO DE SALUD MARROQUIN CAUQUITA	1,1
INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS	0,9
CLINICA SAN FERNANDO	0,9
CORPORACION SALUDCOOP OCCIDENTE CLINICA CHAMPAGÑAT	0,7
TOTAL	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Ubicación geográfica de las IPS que consultaron los afiliados al régimen subsidiado. En el régimen subsidiado, todas las EPS ofrecen a su población como IPS de primer nivel las cercanas a su residencia, el Hospital Carlos Carmona, ESE y su red de servicios (centro y puesto de salud); las demás IPS corresponden a otras ESE de nivel I, II y III y algunas privadas producto de la integración vertical, las cuales se ubican en diversos sitios de la ciudad, aunque la

mayoría se ubica en el sector sur, aledaño a los barrios San Fernando y Tequendama. Véase Tabla 48 y Gráfico 32.

Gráfico 32. Estudio de casos: mapeo de IPS y concentración de uso por los afiliados al régimen subsidiado. Barrio República de Israel, 2009. Cali



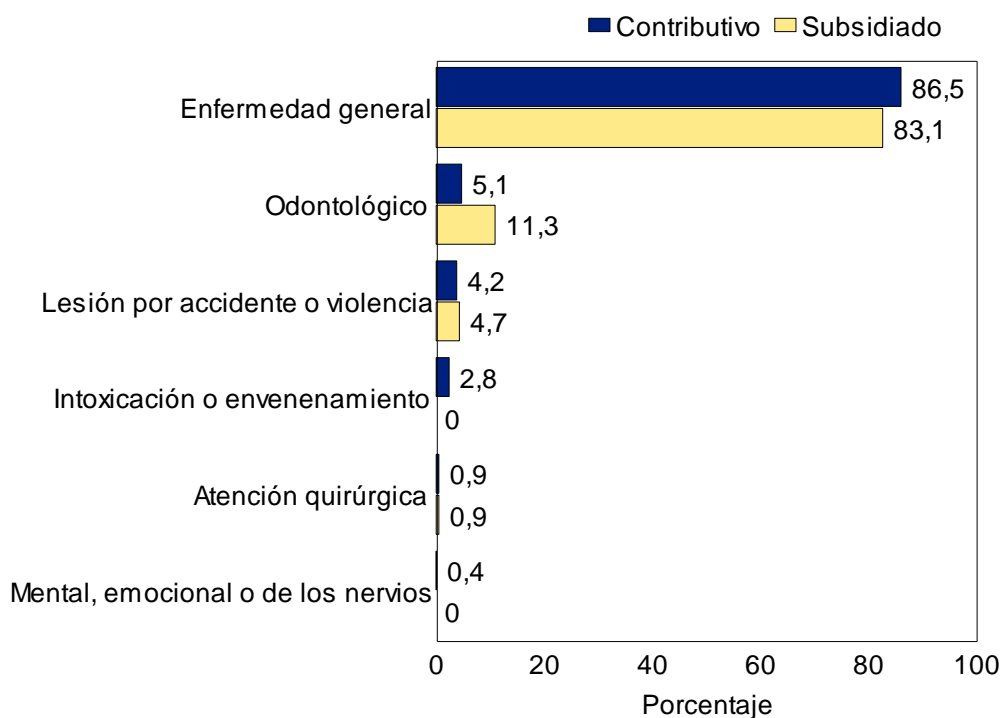
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. Secretaría de Planeación Municipal. Departamento de Cartografía. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad del Valle.2001.

MAPINFO CORPORATION. MapInfo Professional. Ver. 4.0. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. CIDSE. Universidad de Valle. <www.mapinfo.com>.1999.

7.3.3.3 Problemas de salud. Los problemas de salud* por los cuales los usuarios consultaron a las IPS fueron para el 86,5% de los casos del contributivo enfermedad general y para el subsidiado el 83,1%; continúan en orden los problemas odontológicos y las lesiones por accidente o violencia. Véase Gráfico 33.

Gráfico 33. Tipo de problemas de salud por los cuales consultaron los usuarios por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

La Encuesta Nacional de Salud, 2007, encontró entre los usuarios de servicios de consulta externa, 4,7% para problemas odontológicos, 2,9% debido a lesiones por accidente o violencia, 31,4% por atenciones preventivas, 0,8% por enfermedad mental, estética 0,21% y más del 60% en otros problemas como enfermedad física y disminución de la capacidad para hacer cosas. Si descontamos las atenciones preventivas y la estética de la ENS los resultados ajustados serían: enfermedad

* Se exploraron las siguientes variables, algunas tomadas de Ministerio de la Protección Social. Encuesta a Hogares Módulo II. En Encuesta Nacional de Salud 2007: lesión por accidente o violencia; intoxicación o envenenamiento; mental, emocional o de los nervios; odontológico; atención del parto; atención quirúrgica; y otros problemas de salud, dolor físico o malestar, diferentes a los anteriores.

general, 88,6%, problema o enfermedad odontológica 6,9% y accidentes y lesiones 4,3%, resultado muy similares a los del presente estudio.

Reducción de las actividades diarias por un problema de salud. El 50,0% de las personas que consultó por un problema de salud reportó una reducción de sus actividades diarias o su trabajo por este evento, siendo esta condición mayor en los afiliados al régimen subsidiado. Este dato resulta similar al reportado por la ENDS, 2005, según la cual en el país el 48,7% de las personas redujo sus actividades, la cifra para Cali, área metropolitana, en el mismo estudio fue del 45%.

La incapacidad total de realizar actividades por dicho problema de salud, no necesariamente otorgada por el proveedor de servicios, fue mayor entre los afiliados del régimen subsidiado en un 14%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Si se supone que reducir las actividades diarias y no ser capaz de realizar las actividades cotidianas o su trabajo son expresiones de la gravedad de los síntomas, esto significa que la mitad de los usuarios se sentía enfermo y una tercera parte de los mismos muy enfermo. Véase Tabla 49.

Las personas que reportaron cese de sus actividades cotidianas o de trabajo (incapacidad sentida, no médica) en razón a su problema de salud, manifestaron que estuvieron limitados entre 1 y más de 30 días, la mayor frecuencia se reportó entre 3 y 15 días, como se observa en el Gráfico 34 De acuerdo al régimen de afiliación, las personas del contributivo estuvieron en los extremos de la distribución, el 27,5% con limitación de menos de 3 días y el 26,1% con limitación más de 30 días; por su parte, el 48,7% de los afiliados al subsidiado reportaron entre 3 y 15 días, seguido por las personas que estuvieron menos de 3 días. Estos resultados confirman la gravedad de los problemas de salud en una proporción importante de los usuarios que consultaron.

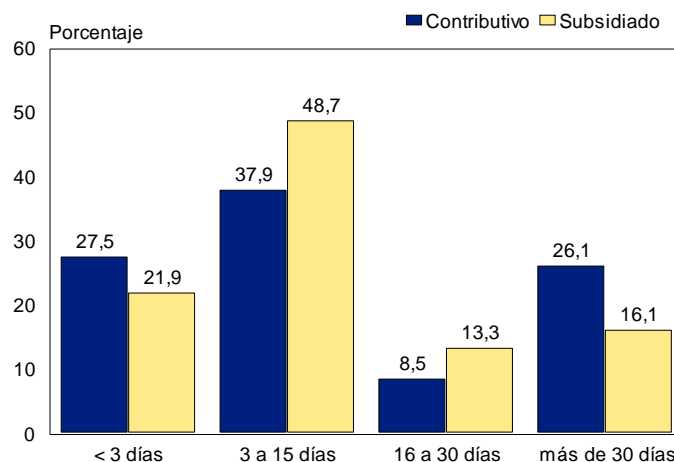
Tabla 49. Incapacidad de los usuarios para realizar actividades cotidianas o su trabajo por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Preguntas	Afiliación al SGSSS		Valor de p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Redujo sus actividades diarias o su trabajo			
Si	50,5	64,4	p=0,24
No	49,5	35,6	
Fue totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo			
Si	63,3	83,0	p=0,03

No	36,7	17,0	
----	------	------	--

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 34. Días de incapacidad de los usuarios para realizar actividades por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.3.4 Acceso a pruebas diagnósticas. Al 51,1% de los afiliados encuestados que consultaron en el último mes le ordenaron exámenes o pruebas diagnósticas, entre estos el 49,0% pertenecía al contributivo y el 53,5% al subsidiado. Véase Tabla 50.

Esta cifra es similar a la encontrada en un estudio reciente realizado en el área rural de Cali sobre las barreras de acceso a servicios de salud en el cual se encontró indicación de exámenes de laboratorio para el 47,7% de quienes consultaron el médico en los últimos tres meses.⁹⁵

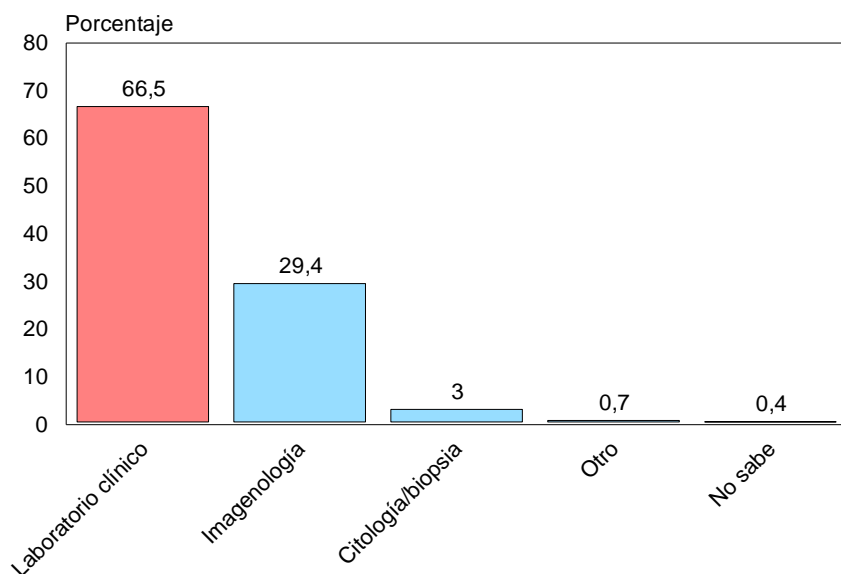
Tabla 50. Orden de pruebas diagnósticas por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Le ordenaron exámenes?	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	49,0	53,5
No	50,9	46,4
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Entre las pruebas ordenadas el 66,5% fueron laboratorios (exámenes de sangre, orina, materia fecal, esputo, otras secreciones) y el 29,4% imagenología (rayos x, ecografías, mamografía, urografía, gammagrafía, cateterismos, resonancia, etc.). Véase Gráfico 35.

Gráfico 35. Tipo de pruebas diagnósticas ordenadas a los afiliados. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Los exámenes de laboratorio clínico fueron los más ordenados para ambos regímenes, sin embargo hay una mayor prescripción de imagenología, 35,6% en el subsidiado, y de toma de citología/biopsia, 4,6% en el contributivo. Véase Tabla 51.

Tabla 51. Tipo de pruebas diagnósticas ordenadas a los usuarios por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Exámenes ordenados	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Laboratorio clínico	70,7	61,6
Imagenología	23,9	35,6
Citología/biopsia	4,6	1,2

Otro		1,5
No sabe	0,8	
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Entre todos los encuestados a quienes les ordenaron pruebas diagnósticas, el 79,8% reportó tomárselas todas, el 2,1% solo algunas y el 18,1% ninguna. En la distribución por régimen de afiliación, el contributivo reportó tomarse todas en un 85,7% y el subsidiado en el 73,2%; se tomó alguna o ninguna prueba el 14,3% del contributivo y el 26,8% del subsidiado. Se encontraron diferencias estadísticamente significantes ($p < 0,05$) Véase Tabla 52.

Sánchez (2009), en su estudio en el área rural de Cali, reportó no acceso a exámenes de laboratorio en un 31.9% de la población⁹⁶, este dato supera la cifra de no acceso entre los usuarios de servicios de salud afiliados al contributivo del presente estudio.

Tabla 52. Toma de pruebas diagnósticas por los usuarios según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Exámenes tomados	Afiliación al SGSSS		Valor de p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Si	85,7	73,2	,000
NO (algunos y ninguno)	14,3	26,8	
Total	100	100	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Alrededor de una decima parte, 10,8%, de los usuarios del contributivo que se tomaron las pruebas, no reclamó los resultados, mientras en el subsidiado este valor fue de 1,3%.

7.3.3.5 Acceso a medicamentos. Entre los encuestados que consultaron en el último mes, el 82,7% recibió una prescripción de medicamentos. Reclamaron los medicamentos el 87,8% de los afiliados al contributivo y el 55,9% de los subsidiados, diferencias estadísticamente significantes ($p < 0,05$). Véase Tabla 53.

La situación sobre entrega de medicamentos se describe en el capítulo 7.3.4.

Sánchez (2009), reportó prescripción de medicamentos a un 92,9% de quienes consultaron y no acceso para un 71,5% de la población, cifra superior a los hallazgos del presente estudio.⁹⁷

Tabla 53. Reclamación de medicamentos por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Reclamó los medicamentos	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	87,8	55,9
No	12,2	44,1
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.3.6 Acceso a especialistas. Un 24,4% de los afiliados a ambos regímenes que consultaron en el último mes fueron remitidos al especialista, siendo el 22,6% del contributivo y el 26,5% del subsidiado. Véase Tabla 54.

En la distribución de los proveedores de servicios que los afiliados al contributivo y subsidiado encuestados en este mismo estudio querían consultar por un problema de salud, la consulta por especialista fue reportada en un 17% del contributivo y un 7,1% del subsidiado. Más del 94% de los afiliados reportaron haber consultado al proveedor deseado. Ver página 141.

El estudio “Impacto del aseguramiento sobre el uso y gasto de salud en Colombia”, publicado en 2003⁹⁸, siguió en cohortes el uso de servicios y el gasto en salud en 4 municipios de Colombia. En el caso de Bogotá el estudio reportó para 20 eventos de uso de servicios una participación del servicio de consulta médica especializada de 9,87% en el contributivo y 5,91% en el subsidiado.

Por otra parte, un estudio (Mejía 2007) sobre equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia⁹⁹, publicado en 2007, el cual trabajo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida, 2003, reportó como un 25% de los afiliados al contributivo y un 14% del subsidiado fue remitido a un especialista. Los datos obtenidos en el presente estudio resultan similares a la investigación de Mejía (2007) para el régimen contributivo y superan por 12,5 puntos porcentuales lo encontrado para el régimen subsidiado en el departamento de Antioquia.

Tabla 54. Remisión a especialista por régimen de afiliación

Remisión a especialista	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	22,6	26,5
No	77,4	73,5
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Los especialistas fueron: 17,1% pediatra, 15,6% ortopedista, y el 12,3% odontólogo. Véase Tabla 55.

Tabla 55. Especialista al que fueron remitidos los usuarios. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Especialista al que fue remitido	Porcentaje
Pediatra	17,1
Ortopedista	15,6
Odontólogo	12,3
No recuerda	7,8
Urólogo	7,3
Cardiólogo	5,7
Oftalmólogo	5,4
Fisioterapeuta	4,9
Internista - gastroenterólogo	4,0
Cirujano	3,6
Psiquiatra	3,1
Traumatólogo	2,6
Dermatólogo	2,5
Médico familiar	1,8
Nutricionista	1,8
Anestesiólogo	1,7
Neurólogo	1,6
Neumólogo	1,3
Total	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Pediatra, cardiólogo y ortopedista fueron los especialistas de mayor remisión en el contributivo, mientras entre los subsidiados fueron el ortopedista, odontólogo, urólogo, oftalmólogo y otros profesionales de la salud. Las segundas especialidades como cardiólogo, neurólogo, dermatólogo, fueron reportadas solo en el contributivo, así como la nutricionista agrupada en la variable otros profesionales de la salud. Véase Tabla 56.

Tabla 56. Especialista al que fueron remitidos los usuarios por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Especialista al que fue remitido	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Pediatra	28,0	6,2
Ortopedista	10,7	20,5
Odontólogo	3,3	21,2
No recuerda	12,0	3,4
Urólogo		15,1
Otros profesionales de la salud	6,7	6,8
Cardiólogo	11,3	
Oftalmólogo	4,0	6,8
Cirujano	4,0	3,4
Internista - gastroenterólogo	2,7	4,8
Psiquiatra	6,0	
Traumatólogo		5,5
Dermatólogo	4,7	0,0
Anestesiólogo		3,4
Médico familiar	3,3	
Neurólogo	3,3	
Neumólogo		2,7
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Con relación al sexo, entre los afiliados al régimen contributivo, el 46,7% de los hombres fue remitido al pediatra, seguido por el 12,2% que requirió una consulta por cardiólogo. En las mujeres se encontró una mayor diversidad en el tipo de especialistas a donde fueron remitidas, el 16,7% a otros profesionales de la salud, 15,0% al psiquiatra, el 11,7% al dermatólogo, y el 10,0% al cardiólogo, oftalmólogo y ortopedista respectivamente. En los afiliados al régimen subsidiado, el 32,5% de los hombres fue remitido al ortopedista, el 25,0% al odontólogo, y el 10,7% al urólogo. Al igual que en el contributivo, en las mujeres del subsidiado hay mayor diversidad de especialistas, aparecen en los primeros lugares: 20,0% al odontólogo, 16,7% al urólogo, 13,3% al ortopedista, y 8,9% al traumatólogo. Véase Tabla 57.

Tabla 57. Especialista al que fueron remitidos los usuarios según régimen de afiliación y sexo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Afiliación al SGSSS	Especialista al que fue remitido	Sexo	
		Hombre (%)	Mujer (%)
Contributivo	Cardiólogo	12,2	10,0
	Cirujano	6,7	
	Dermatólogo		11,7
	Internista - gastroenterólogo		6,7
	Médico familiar		8,3
	Neurólogo		8,3
	Odontólogo	5,6	
	Oftalmólogo		10,0
	Ortopedista	11,1	10,0
	Pediatra	46,7	
	Psiquiatra		15,0
	Otros profesionales de la salud		16,7
	No recuerda	17,8	3,3
	Total	100	100
Subsidiado	Anestesiólogo	8,9	
	Cirujano		5,6
	Internista - gastroenterólogo		7,8
	Neumólogo		4,4
	Odontólogo	25,0	20,0
	Oftalmólogo	8,9	5,6
	Ortopedista	32,1	13,3
	Pediatra		10,0
	Traumatólogo		8,9
	Urólogo	10,7	16,7
	Otros profesionales de la salud	5,4	7,8
	No recuerda	8,9	
	Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al indagar entre quienes no fueron remitidos a especialistas si consideraban que su caso ameritaba una remisión, el 25,5% de los afiliados al contributivo, y el 23,7% de los afiliados al subsidiado reportaron que sí. Estos casos sugieren insatisfacción de los usuarios con el servicio recibido.

7.3.3.7 Acceso a servicios de hospitalización en el último año. Al 14,4% de las personas encuestadas como casos, le ordenaron una hospitalización en el último año. Por régimen de afiliación, los usuarios con orden de hospitalización correspondieron al 9,7% del contributivo, y al 20,0% del subsidiado, diferencias estadísticamente significantes ($p=0,024$). Véase Tabla 58.

Entre los afiliados con una orden de hospitalización, el 90,8% del contributivo y el 88,3% del subsidiado fueron internados al menos por una noche.

La ENDS 2005, encontró para el país un 5% de personas de los hogares que reportó hospitalización en los últimos 12 meses; en Cali, área metropolitana se encontró un 4,8%. Los datos en el presente estudio duplican los resultados de la ENDS.

Vale la pena recordar que la información sobre hospitalización y los demás eventos específicos* se recogió sobre el 66% de los individuos que en la muestra reportaron haber sentido un problema de salud en el último mes y haber sentido la necesidad de consultar, demandado el servicio y atendida en un servicio formal de salud.

Tabla 58. Orden de hospitalización en el último año por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Ordenaron hospitalización	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	9,7	20,0
No	90,3	80,0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El 27,7% de los hospitalizados tenía entre 45 y 79 años, seguido por un 23,5% para el grupo de 20 a 44 años y un 21,1% para los menores entre 1 a 4 años. En menores porcentajes se encontraron las personas de 10 a 14 años (7,6%) y las de 80 y más años (8,8%). El 50,9% eran mujeres y el 49,1% hombres.

Las IPS donde se internaron la mayoría fueron: 20,5% en el Hospital Carlos Carmona, 10,5% en la IPS de Comfenalco Centro y 9,2% en la Clínica Tequendama. Véase Tabla 59.

* Consulta médica, consulta de especialistas, medicamentos, pruebas diagnósticas, atención en urgencias.

Tabla 59. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud donde se hospitalizaron los afiliados. Barrio República de Israel, 2009. Cali

IPS donde estuvo hospitalizado	Porcentaje
Hospital Carlos Carmona	20,5
IPS Comfenalco Centro	10,5
Clínica Tequendama	9,2
Clínica Rafael Uribe	8,5
Hospital Mario Correa Rengifo	7,9
Médicos	7,2
Hospital Infantil Club Noel	7,2
HUV	6,7
Clínica San Fernando	6,4
Hospital San Juan de Dios	5,5
Clínica Imbanaco	4,1
Clínica Rey David	4,0
Clínica de los Remedios	2,4
Total	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Causas de hospitalización. La principal causa de hospitalización* para ambos regímenes fue la enfermedad general, encontrándose una mayor proporción en el subsidiado, 77,6% con relación al contributivo, 48,3%. La cirugía programada apareció en segundo lugar con un 12%, seguida de los accidentes y violencia con un 10,1%, los procedimientos diagnósticos especializados se presentaron en un 8,20% y la enfermedad mental en un 3,2%. No se reportaron causas obstétricas.

Las opciones, cirugía programada y accidente fueron reportadas en mayor porcentaje por los afiliados del contributivo, mientras en el subsidiado fueron el procedimiento diagnóstico especializado y enfermedad mental. Véase Gráfico 36.

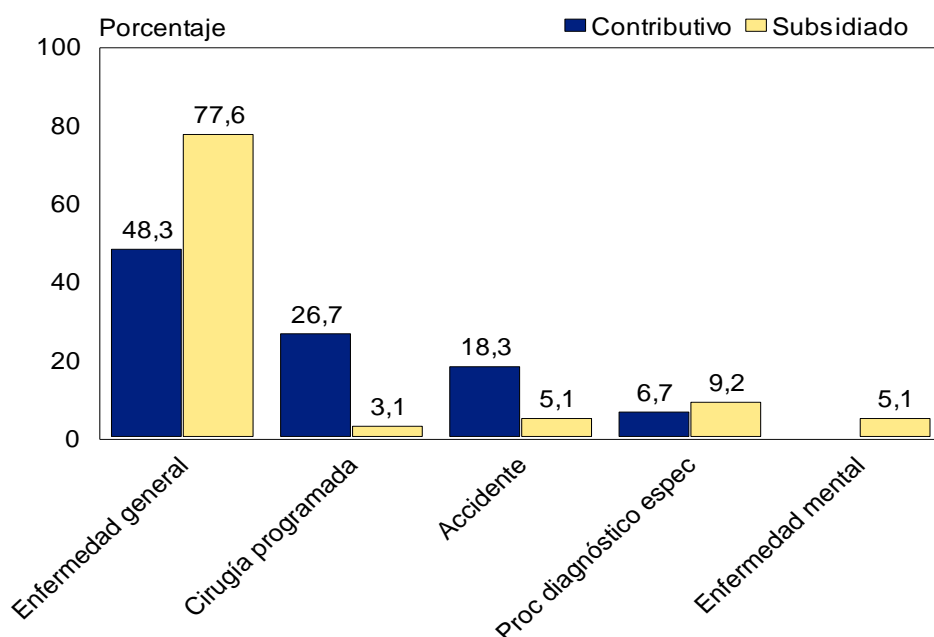
La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005, reportó como causas de hospitalización: una enfermedad para el 50% de las personas, por embarazo el 21%, por cirugía el 19% y por accidentes y violencia el 10%. Esta encuesta no incluyó la opción de enfermedad mental ni los procedimientos diagnósticos especializados. Por su parte la Encuesta Nacional de salud, ENS, 2007, encontró como causas: la enfermedad física o malestar e incapacidad para hacer las cosas

* Las opciones de respuesta para esta pregunta se definieron a partir de la Encuesta nacional de demografía y salud, 2005 y se ajustaron de acuerdo a los resultados de la prueba piloto.

el 61,37%, enfermedad mental el 0,67%, accidente y violencia el 7,46%, atención del parto 25,57% y otras causas el 4,92%.

Llama la atención la proporción de accidentes y violencia que se sitúa en el barrio 4,6 puntos porcentuales por encima de lo encontrado para Colombia en el 2007, lo cual podría estar relacionado con la enfermedad mental, también 2,53 puntos más alta en el barrio que en la ENS 2007.

Gráfico 36. Causa de la hospitalización por régimen de afiliación. Barrio República de Isarel, 2009. Cali



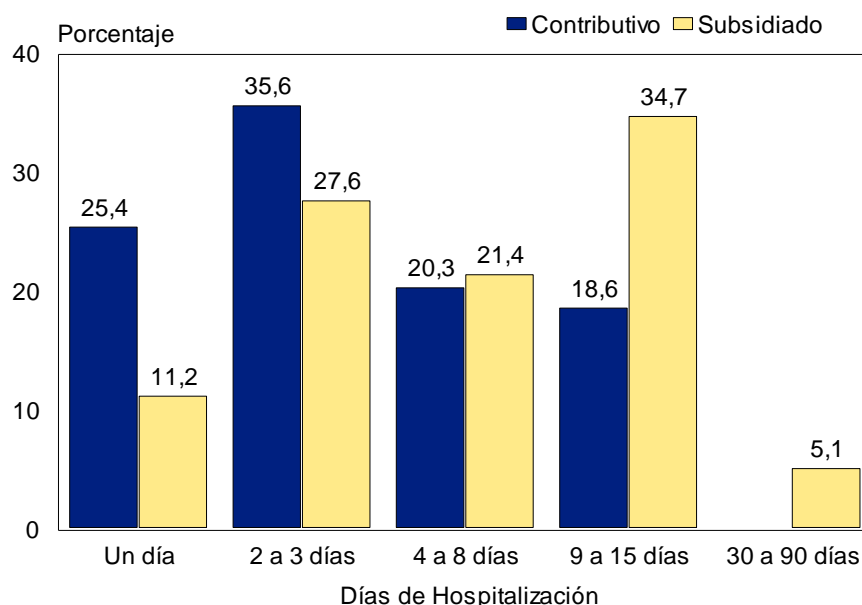
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El análisis por sexo mostró la enfermedad general como primera razón de hospitalización en hombres y mujeres; además, los hombres fueron internados por: accidentes, 19,5%, cirugía programada, 16,9% y procedimientos diagnósticos especializados, 11,7%; las mujeres por: cirugía programada, 7,5%, enfermedad mental, 6,3% y procedimientos diagnósticos especializados, 5,0%.

Duración de la hospitalización. El 16,2% estuvo hospitalizado un día, 31% entre 2 a 3 días, 21,1% entre 4 a 8 días y 28,6% entre 9 a 15 días; no se reportaron hospitalizaciones con duración entre los 16 a los 29 días; el 3,1% estuvo hospitalizado entre 30 a 90 días.

El análisis de los días de hospitalización por régimen de afiliación muestra que los afiliados al contributivo presentaron porcentajes similares al subsidiado para hospitalizaciones entre 4 y 8 días, 20,3% y 21,4% respectivamente. En hospitalizaciones de 1 día, el contributivo (25,4%) estuvo 14,2 puntos porcentuales por encima del subsidiado (11,2%); en hospitalizaciones de 2 a 3 días, también lo supero por 8 puntos porcentuales (35,6% y 27,6% respectivamente). Por su parte, en el subsidiado, el 34,7% de los afiliados estuvo hospitalizado entre 9 a 15 días, 16,1 puntos porcentuales por encima del contributivo; solo afiliados al subsidiado reportaron hospitalizaciones entre 30 y 90 días en un 5,1%. En general la duración de la hospitalización fue más corta para el régimen contributivo. Véase Gráfico 37.

Gráfico 37. Días de hospitalización por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

De las personas que fueron hospitalizadas por enfermedad general, el 75,0% de los afiliados al contributivo estuvo internado entre 2 a 3 días y el 25% entre 9 a 15 días; mientras en el subsidiado las proporciones más altas se dieron entre los 2 a 3 días, 31,6% y los 9 a 15 días, 38,2%. 6,6% del subsidiado permaneció hospitalizado más de 30 días. Con relación a las cirugías programadas, el 75% del contributivo y el 100% del subsidiado tuvo entre 4 a 8 días de estancia; para los procedimientos diagnósticos especializados, en el contributivo 100% estuvo hospitalizado de 9 a 15 días y en el subsidiado, el 44,4% de 2 a 3 días y el 55,6%

de 4 a 8 días. En la hospitalización por enfermedad mental, la cual solo se dio en el subsidiado, la estancia fue de 1 día. Véase Tabla 60.

Tabla 60. Causas y duración de la hospitalización según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Afiliación al SGSS	Días de hospitalización	Causa de Hospitalización				
		Accidente	Enfermedad general	Cirugía programada	Procedimiento diagnóstico especializado	Enfermedad mental
Contributivo	Un día	100,0		25,0		
	2 a 3 días		75,0			
	4 a 8 días			75,0		
	9 a 15 días		25,0		100,0	
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
Subsidiado	Un día		7,9			100,0
	2 a 3 días		31,6		44,4	
	4 a 8 días		15,8	100,0	55,6	
	9 a 15 días	100,0	38,2			
	30 a 90 días		6,6			
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.3.3.8 Necesidad y acceso al servicio de urgencias en el último año. En el último año, el 49,6% de los afiliados al régimen contributivo, y el 38,7% de los afiliados al régimen subsidiado, quienes tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud en el último mes, sintieron o tuvieron la necesidad de usar el servicio de urgencias en el último año; el 100% de éstos acudieron al servicio y fueron atendidos. La Encuesta nacional de salud, 2007¹⁰⁰, encontró en la muestra nacional de usuarios atendidos en servicios de urgencias que el 49% correspondía al régimen contributivo y el 35% al subsidiado, cifras similares a las encontradas en este estudio.

Los problemas gastrointestinales, las infecciones en órganos de los sentidos y otras partes de la cara y la garganta, las virosis, los cálculos en la vesícula y los accidentes fueron las cinco principales causas de consulta auto reportadas por los usuarios de los servicios de urgencias. Véase en la Tabla 61 las diez primeras causas.

Entre los afiliados al régimen contributivo las principales causas de consulta fueron los problemas gastrointestinales, las infecciones en órganos de los sentidos y otras parte de la cara y garganta, el dolor de cabeza, la fiebre y otros síntomas y los accidentes; en el subsidiado se reportaron, los cálculos renales o en vesícula,

el dolor abdominal, bronquitis o neumonía, virosis y crisis asmática y asfixia. Véase Tabla 62

Tabla 61. Diez primeras causas de consulta al servicio de urgencias. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Primeras diez causas de consulta por urgencias	Porcentaje
Problemas gastrointestinales	14
Infecciones órganos de los sentidos y otras partes de cara y garganta	7,1
Virosis	6,6
Cálculos renales o en vesícula	6,5
Accidente	6,1
Dolor de cabeza	5,7
Dolor abdominal	5,6
Crisis asmática y asfixia	5,1
Fiebre y otros síntomas	5,0
Bronquitis o neumonías	3,6
Otros	34,7
Total	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 62. Causas de consulta al servicio de urgencias según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Causa de consulta en el servicio	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Accidente	7,6	3,8
Alergia	0,9	2,8
Bronquitis o neumonías		9,0
Cálculos renales o en vesícula	3,0	11,8
Crisis asmática y asfixia	3,4	7,6
Crisis hipertensiva	4,3	
Crisis nerviosa	2,4	
Desprendimiento de retina		2,4
Diabetes	0,6	
Dolor abdominal	4,3	8,1
Dolor de cabeza	9,5	
Dolor en la espalda		2,4

Causa de consulta en el servicio	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Dolor torácico	1,8	2,4
Fiebre y otros síntomas	8,2	
Gastritis aguda	1,2	2,4
Gastritis crónica		3,3
Hemorragia	1,5	
Herida de bala	1,8	
Infección urinaria	1,5	2,8
Infecciones órganos de los sentidos y otras partes de la cara y la garganta	10,7	1,9
Intoxicación	5,5	
Malestar general	1,8	5,7
Mareos y otros síntomas		4,7
Parálisis facial		1,4
Peritonitis		2,4
Preinfarto		1,9
Problemas en los dedos		3,8
Problemas gastrointestinales	19,8	5,7
Recaída no específica	1,8	
Sospecha de dengue hemorrágico		3,3
Sospecha de gripa porcina	3,4	1,4
Virosis	4,9	9,0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 63. Causas de consulta agrupadas, eventos de urgencia según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Motivos de consulta agrupados en eventos de urgencia	Contributivo	Subsidiado
Enfermedad física, aguda o malestar general	88,1	96,2
Enfermedad o problema mental, emocional o de los nervios	2,4	0
Lesión por accidente	7,6	3,8
Lesión por violencia	1,8	0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al agrupar las causas de consulta en urgencias utilizando categorías similares a las usadas en la ENS 2007 para analizarlas según régimen se encontró como la gran mayoría de los motivos de consulta reportados corresponden a enfermedad física, aguda o malestar general. Aunque el estudio nacional no presentó los eventos clasificados por régimen, se encuentra coincidencia en los hallazgos de la ENS¹⁰¹, donde un 80,4% se clasificó como enfermedad física, aguda o malestar general con excepción de las lesiones por accidente las cuales resultaron mucho más altas en el estudio nacional, 16,85%. La enfermedad o problema mental (0,3% en ENS, 2007), así como las lesiones por violencia (1,05% en ENS, 2007) se reportaron un poco más altos en este estudio. La enfermedad general aparece en mayor proporción en el régimen subsidiado, mientras la enfermedad mental y la violencia aparecen solo en el contributivo; las lesiones por accidentes se duplicaron en el contributivo con respecto al subsidiado. Véase Tabla 63

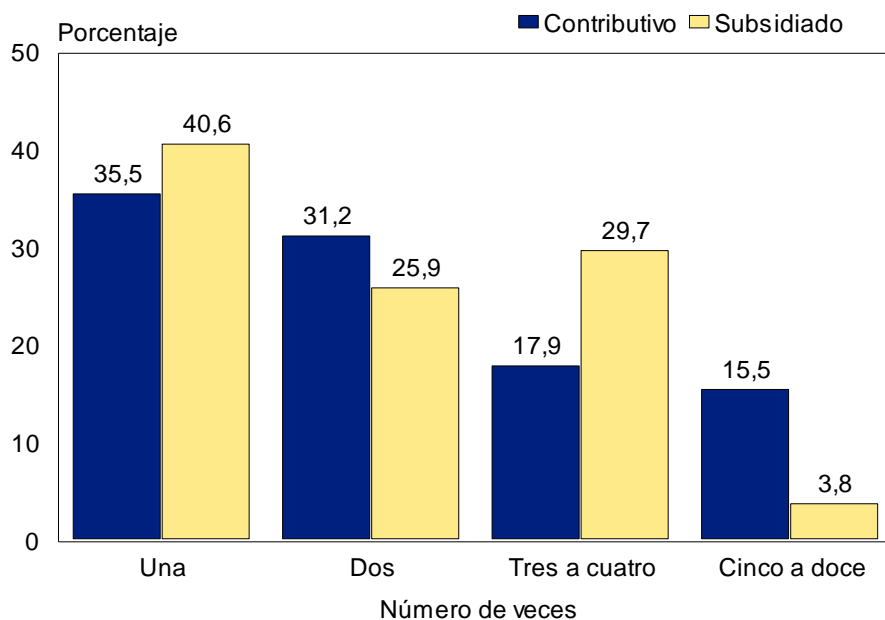
Al indagar entre los usuarios de servicios de urgencias cuantas veces lo consultaron en el último año, se encontró un mínimo de 1 y máximo de 12 veces, promedio 2,49 [DE=2,04]. El 50,0% reportó dos o menos consultas al servicio de urgencias en el último año; para los afiliados al contributivo fue mayor el uso dos veces al año y entre cinco y doce veces; por su parte, en los afiliados al subsidiado la frecuencia de uso se concentró en una vez, y entre tres y cuatro veces. Aunque se percibe mayor frecuencia de consulta (5 a 12 veces) del servicio de urgencias en el contributivo, si agregamos los valores de 3 y más veces, se encuentra similitud entre ambos regímenes. Véase Gráfico 38.

Un estudio realizado en San Juan de Pasto, 2008, indagó por las frecuencias de uso anuales del servicios de urgencias en la población encontrando como entre quienes usaron el servicio el 77,4% lo hicieron entre 1 a 3 veces por año, el 9,6% entre 4 y 5 veces y el 12,9% más de 5 veces al año.¹⁰²

Se reportaron en mayor porcentaje por consulta de urgencias las siguientes IPS: el Hospital Carlos Carmona, 37,3%, la Clínica Tequendama, 14,7%, la Clínica Santillana, 13,7%, y la Clínica Rafael Uribe, 8,1%. Véase Tabla 64.

En concordancia con las redes de servicios, los afiliados al subsidiado utilizan el servicio de las IPS públicas, en especial el Hospital Carlos Carmona, ESE; mientras los del contributivo consultan la red privada de su EPS.

Gráfico 38. Frecuencia de uso de los servicios de urgencias de acuerdo con el régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 64. Diez primeras IPS donde se consultó por urgencias. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Diez primeras IPS donde se consultó por urgencias	Porcentaje
HOSPITAL CARLOS CARMONA	37,3
CLINICA COMFANDI TEQUENDAMA	14,7
CLINICA SANTILLANA	13,7
CLINICA RAFAEL URIBE	8,1
IPS COMFENALCO CENTRO	4,2
MEDICOS TEQUENDAMA	3,1
CLINICA SAN FERNANDO	2,9
CLINICA IMBANACO	2,4
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SEDE SUR	2,2
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SEDE NORTE	2,1
OTRAS IPS	9,3
Total	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4. FACTORES QUE INFLUENCIAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LOS INDIVIDUOS ASEGURADOS, POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN.

En este capítulo se describen los factores que influyen en el acceso a los servicios, en particular el reconocimiento de las instituciones a las cuales se tiene derecho a consultar de acuerdo al régimen de afiliación, la libre elección de las instituciones prestadoras de servicios, el acceso a información sobre sus derechos por parte de la EPS y las barreras de tipo geográfico, administrativo, económico, cultural y de información que lo afectan.

7.4.1. Acceso a información relevante para la exigibilidad del derecho en aseguramiento

Los datos relativos a este aspecto se recolectaron en el análisis de casos (parte II de la encuesta), es decir, sobre el 66% de los usuarios quienes tuvieron un problema de salud en el último mes y además consultaron un servicio formal de salud.

7.4.1.1 Reconocimiento del derecho al uso de una red de servicios. Al indagar en el estudio de casos sobre las IPS con derecho a consultar usando el seguro de salud y después de procesar la información agrupando las instituciones por niveles de complejidad, solo un 7,2% de los usuarios de servicios afiliados al contributivo y un 22,3% del subsidiado, reconocen instituciones en los tres niveles de complejidad, encontrando diferencias con significancia estadística. Véase Tabla 65.

Tabla 65. Reconocimiento de IPS en los tres niveles de complejidad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

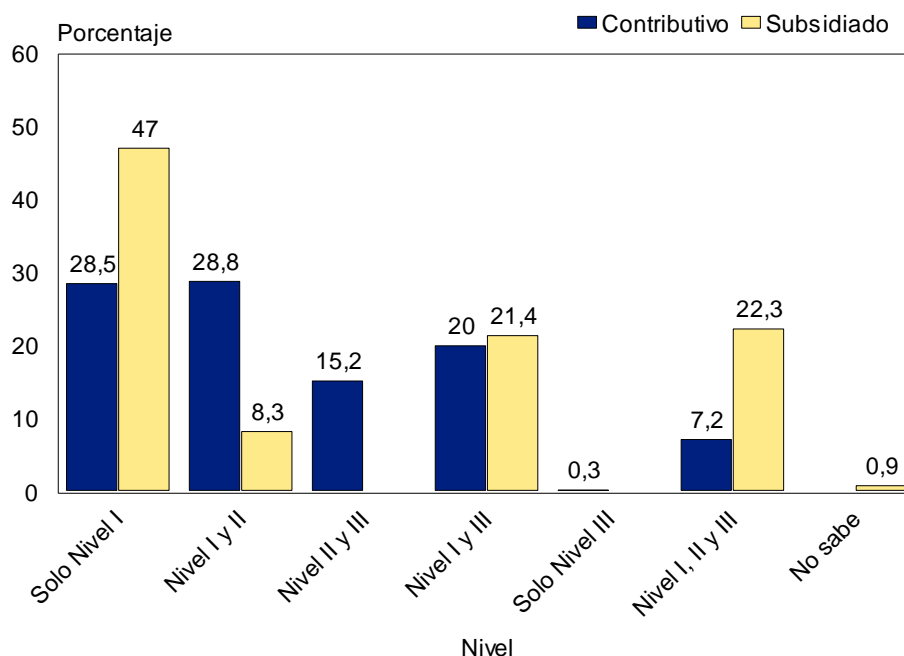
Reconoce IPS en los tres niveles de complejidad	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Valor de p
SI	7,2	22,3	0,0002
NO	92,8	77,7	
Total	100	100	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Un 28,8% del contributivo mencionó solo instituciones nivel I y II de atención y una cifra similar, 28,5% solo de nivel I. Un 15,2% del contributivo solo nombró IPS de nivel II y III, a diferencia del régimen subsidiado, en el cual no hubo menciones exclusivas para este tipo de IPS. Véase Tabla 39.

No se encontraron estudios que hayan indagado esta variable.

Gráfico 39. IPS, agrupadas por nivel de atención, según reconocimiento de la red por los encuestados. Barrio República de Isarel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.1.2 Ejercicio del derecho a la libre elección de EPS y de IPS. Al preguntar sobre el uso del derecho a la libre elección de la EPS, entre los encuestados afiliados al régimen contributivo, el 78,4% tuvo la oportunidad de escoger la entidad promotora a la que se quería inscribir frente a un 36,5% de las personas del régimen subsidiado.

Con relación a la oportunidad de escoger el prestador de servicios de salud, IPS, donde debería ser atendido, esto fue posible para el 68,7% de los afiliados al régimen contributivo y para el 36,5% de los afiliados al régimen subsidiado, diferencias estadísticamente significantes.

La ENS 2007, encontró entre la población de usuarios de servicios de consulta externa una distribución de la libre elección de la institución prestadora de servicios de salud según tipo de afiliación así: 47% de los pacientes afiliados al régimen contributivo pudo elegir, mientras el régimen subsidiado presentó un porcentaje menor con un 36,8%, el resto se distribuyó en el régimen especial y en ninguno régimen. Estas diferencias son relativamente importantes y marcan un mayor porcentaje de elección en el régimen contributivo¹⁰³. Los hallazgos de este estudio también muestran una diferencia importante entre ambos regímenes.

7.4.1.3 Acceso a información sobre derechos en el aseguramiento. El 50,0% de los afiliados al régimen contributivo y el 38,1% de los subsidiados reportó haber recibido de la EPS información escrita sobre sus derechos.

Con relación a la información dada sobre el portafolio de servicios a los cuales se tiene derecho cuando se usa el seguro de salud, el 59,1% de los afiliados al contributivo reportó haber recibido información y el 39,4% los afiliados al régimen subsidiado. Véase Tabla 66.

Tabla 66. Reporte de los encuestados sobre la información proporcionada sobre los derechos en salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Preguntas	Afiliación al SGSSS		Valor de p*
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tuvo la oportunidad de escoger la entidad (EPS)			
Si	78,4	36,5	p=0,02
No	15,1	44,6	
Sin dato	6,5	18,9	
Tuvo la oportunidad de escoger la institución (IPS)			
Si	68,7	36,5	p=0,02
No	24,7	44,6	
Sin dato	6,6	18,9	
Le entregaron información escrita sobre sus derechos			
Si	50,0	38,1	p=0,384
No	43,4	43,0	
Sin dato	6,6	18,9	
Le informaron a que servicios tenía derecho			
Si	59,1	39,4	p=0,81
No	34,3	41,7	

Preguntas	Afiliación al SGSSS		Valor de p*
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Sin dato	6,6	18,9	

* p < 0,05. Se excluyó la opción sin dato

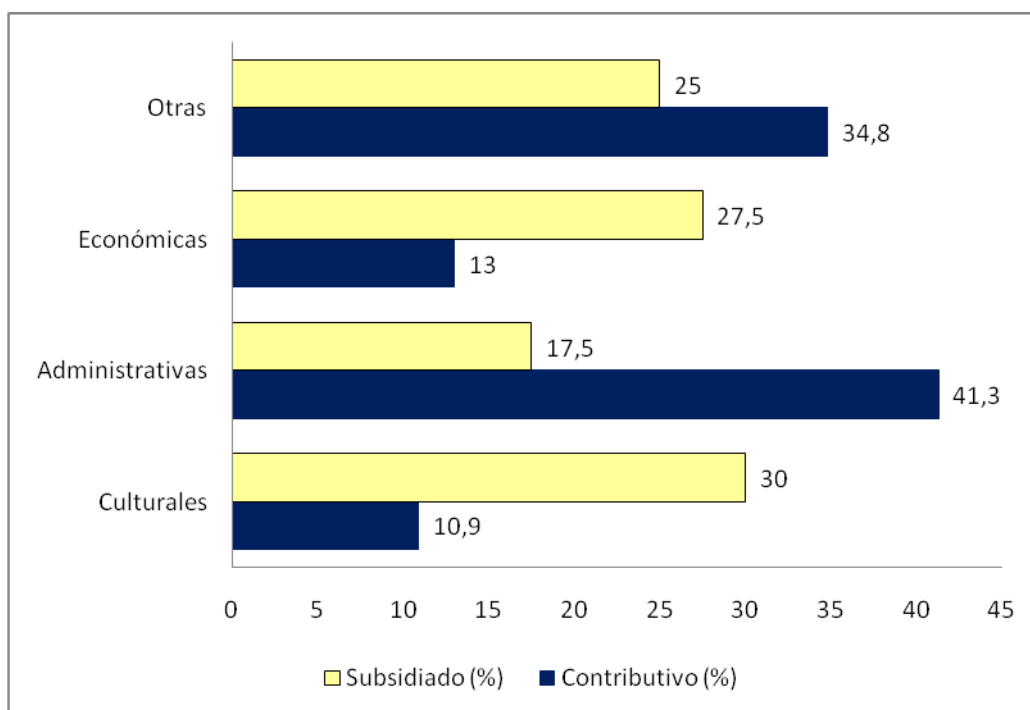
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.2. Factores que influyen el acceso a los servicios preventivos entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado

Estos aspectos fueron explorados entre aquellas personas afiliadas al régimen contributivo y subsidiado que en los últimos tres meses sintieron la necesidad de un servicio preventivo y no lo demandaron, así como entre quienes hicieron la demanda pero no fueron atendidas. Es importante recordar que la proporción de personas que sintiendo la necesidad no demandó el servicio preventivo fue de 3,7% y que solo un 0.6% de los que demandaron el servicio no fueron atendidos.

7.4.2.1 Razones para no consultar un servicio preventivo a pesar de sentir la necesidad. Al indagar las razones por las cuales quienes sintieron la necesidad de consultar un servicio preventivo no lo demandaron, se encontraron en el régimen contributivo situaciones relacionadas con barreras administrativas (41,3%), económicas (13%) y culturales (10,9%), además, el 34,8% expresó que el médico lo atendió en la casa. Al comparar estos resultados con los del régimen subsidiado, las razones administrativas (42,5%) se comportaron de manera similar al contributivo, pero las económicas (27,5%) lo superaron en 14,5 puntos y las culturales (30%) se situaron 19,1 puntos por encima. Véase Gráfico 40 y las opciones de respuesta con los porcentajes detallados en la 0.

Gráfico 40. Barreras de acceso a los servicios preventivos. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.2.2 Razones para no ser atendidos en un servicio preventivo a pesar haberlo demandado. En el caso de las pocas personas que demandaron los servicios preventivos y no fueron atendidas se reportaron razones para este hecho como el no haber pedido la cita, 37,1%; el personal de salud no había llegado, 25,7% y otros, 25,7%. En esta última opción fue mencionado el médico no quiso atenderlo.

Razones para no asistir a los servicios preventivos a pesar de sentir la necesidad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Razones para no asistir	Afiliación al SGSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
No tenía con que transportarse		27,5
No tenía con que pagar la cuota que le cobran	13,0	
Se demoran mucho para darle la cita		17,5
La empresa no le ha pagado el seguro	41,3	
Descuido		20,0
No le gusta ir		10,0
Pensó que no era necesario	10,9	
Otros (el médico le atendió en su casa, aun no le toca la cita, le toca madrugar mucho)	34,8	25,0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.3. Factores que influncian el acceso a los servicios curativos entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado

Estos aspectos fueron indagados entre aquellas personas afiliadas al régimen contributivo y subsidiado que en el último mes tuvieron un problema de salud pero no sintieron la necesidad de consultar, entre los que sintieron le necesidad de consultar pero no demandaron la atención y entre quienes demandaron la atención pero no fueron atendidos. Es importante para el análisis resaltar que en general estos porcentajes fueron inferiores al 6%.

También, y de manera más específica, entre quienes fueron seleccionados aleatoriamente para responder la segunda parte del cuestionario, es decir el 66% de los usuarios de servicios formales, los cuales consultaron por haber tenido un problema de salud en el último mes (análisis de casos).

7.4.3.1 Razones para no sentir la necesidad de consultar un servicio de salud a pesar de haber tenido un problema de salud. Entre los afiliados a ambos regímenes quienes tuvieron un problema de salud en el último mes pero no sintieron la necesidad de consultar (3,6%), se reportaron como razones para no sentir la necesidad de consultar, en el régimen contributivo, en primer lugar las derivadas de sentimientos hacia los servicios como *no le gusta el servicio* y *no le gusta ir*, 53,9%, seguidas de problemas económicos, 46,1%. Por su parte, en el régimen subsidiado la primera razón fue la percepción de que no era necesario consultar, 62,5%, seguida de *no le gusta el servicio* y en tercer lugar porque el carné no le cubre. Véase Tabla 67.

Tabla 67. Razones para no sentir la necesidad de consultar a pesar de tener un problema de salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Razones	AFILIACION al SGSS		Total
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
No tenia con que pagar la cuota que le cobran	19,2		7,4
No le gusta el servicio	23,1	22,5	23,4
No le gusta ir	30,8		12,5
Pensó que no era necesario consultar		62,5	36,9
Otros problemas económicos	26,9		10,5
No le cubre el carne		15,0	9,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

La ENS, 2007, encontró como las tres primeras razones motivos de no consulta entre la población de 6 a 69 años con problemas de salud percibidos y en una distribución por regímenes de afiliación declarados, incluyendo especial y no afiliados, los siguientes aspectos: el problema se resolvió solo y se ha sentido bien 26,3% en el contributivo y 21,1% en el subsidiado; pensó que no era necesario consultar el 23% y el 14%; y descuido el 15,9% y el 17,9% respectivamente.¹⁰⁴

7.4.3.2 Razones para no buscar al proveedor de servicios curativos a pesar de sentir la necesidad. Entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado quienes sintieron la necesidad de consultar un servicio curativo de salud pero no buscaron al proveedor que querían (5,9%), se reportaron como principales razones: no les gusta el servicio, 20,8%, pensó que no era necesario consultar, 19,9% y otras, 14,0%. En la categoría de otras fueron mencionadas: “no lo atienden”, “se le presentó otro problema de salud”, “tomo aguas caseras” y “había mucha gente”. Véase Tabla 68.

Al revisar el comportamiento de las razones por régimen de seguridad social se encontró como en el contributivo la mayor distribución se dio en la categoría otros, seguido por no le gusta ir, mientras en el régimen subsidiado las razones fueron: no le gusta el servicio, pensó que no era necesario consultar, el servicio no le permite escoger al proveedor y está cansado de ir y no le resuelven el problema. Véase Tabla 68

Tabla 68. Razones para no buscar a la persona que querían consultar según régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Razones para no buscar a la persona que querían	Afiliación al SGSSS		Total
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
No le gusta el servicio	9,1	26,8	20,8
Pensó que no era necesario consultar	9,1	22,3	19,9
El servicio no le permite escoger	9,1	8,0	8,4
No tenía con que pagar la cuota que le cobran	7,6	6,3	6,7
Está cansado de ir y no le resuelven el problema		8,9	5,6
No le gusta ir	12,1		4,5
No tenía con que transportarse	4,5	3,6	3,9
No le dieron la cita	10,6		3,9
Otros problemas económicos	10,6		3,9
No le cubre el carne		5,4	3,4
No tiene información, no está informado		4,5	2,8
No puede dejar de cumplir con obligaciones de trabajo o de otro tipo		4,5	2,8

Razones para no buscar a la persona que querían	Afiliación al SGSSS		Total
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Se demoran mucho para darle la cita		3,6	2,2
Otros	27,3	6,3	14,0
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al reclasificar las razones en barreras culturales, administrativas, económicas y otras y compáralas entre los dos regímenes, se encontraron mayores barreras culturales y administrativas en el régimen subsidiado y económicas en el contributivo. Las respuestas clasificadas en otras incluyen tanto aspectos culturales como administrativos. El hecho de que las personas del contributivo refieran mayores barreras económicas se puede explicar por las cuotas moderadoras, copagos y los gastos en transporte. Las barreras culturales más frecuentes en el subsidiado pueden estar relacionadas con el menor nivel educativo. Véase Gráfico 41.

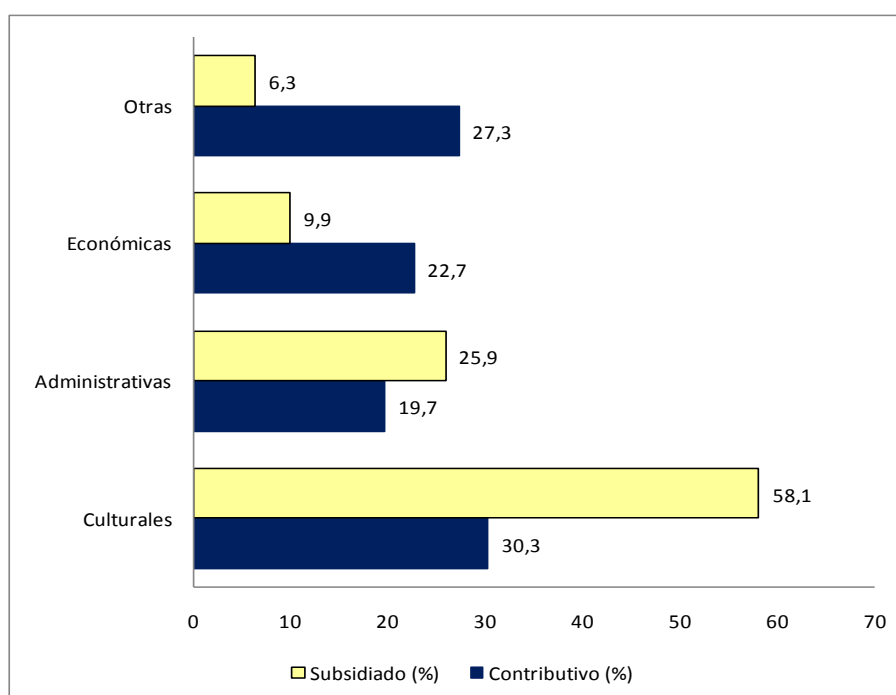
7.4.3.3 Razones para no recibir atención entre los demandantes de servicios curativos. Las razones reportadas para no haber recibido atención, entre quienes demandaron los servicios curativos (2,2%) fueron: no había pedido la cita, el personal de salud no llegó y tenía suspendido el servicio. El 38,2% no sabía porque no fue atendido. Entre los afiliados del régimen contributivo, los que no fueron atendidos reportaron como única causa, haber tenido suspendido el servicio. Todas estas razones constituyen barreras administrativas.

7.4.3.4 Información sobre la situación de salud cuando se usa un servicio curativo. Entre los encuestados en el análisis de casos, al 88,5% del régimen contributivo y al 88,4% del régimen subsidiado se le informó sobre su situación de salud. Al preguntar qué le dijeron se encontró como en el régimen contributivo un 39,6% de los encuestados fue informado sobre su diagnóstico, 24,0% recibió recomendaciones sobre su cuidado y 11,8% sobre el tratamiento a seguir. Entre los afiliados al régimen subsidiado, se obtuvo una distribución similar, sin embargo, la información sobre el diagnóstico fue mayor, 53,3%. Véase Tabla 69.

La ENS, 2007 con relación a la obtención de información clara sobre el estado de salud, encontró proporciones muy altas, en general el 89,8%, percibe que tiene información clara sobre el estado de salud en el régimen subsidiado, con diferencias según el tipo de institución donde se recibe la información; el 86,8% de los usuarios reportó haber recibido información clara sobre su estado de salud en las entidades privadas, mientras que el 83,5% lo obtuvo en las públicas. En

relación sobre la información del tratamiento que le van a realizar, la proporción de usuarios que recibió información está cerca del 90% sin variaciones entre los diferentes regímenes.¹⁰⁵ Los resultados del presente estudio, son similares a los de la ENS, 2007, cuando se indagó si se recibió información sobre su situación de salud; sin embargo al averiguar por el tipo de información proporcionada a los usuarios son evidentes las limitaciones en el contenido de la misma.

Gráfico 41. Barreras para acceder al proveedor de servicios curativos. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 69. Tipo de información sobre la situación de salud dada a los usuarios. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Qué le dijeron sobre su estado de salud?	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Le informó el diagnóstico	39,6	53,5
Le dio recomendaciones para el cuidado	24,0	15,3
Le informó de su tratamiento	11,8	12,6
Le dio información relacionada con su enfermedad	7,9	2,7
Le dijo que requiere pruebas diagnósticas	6,5	4,5

Qué le dijeron sobre su estado de salud?	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Le informó sobre su estado de salud	3,2	5,6
Le dijo que requiere de una cirugía	3,3	2,3
Le dijo que le iba a remitir a un especialista	0,8	2,6
Le dijo que necesita atención por un terapeuta	0,9	1,1
Le dijo que pidiera una cita de control	1,5	
Le informó sobre sus síntomas	0,6	
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.3.5 Calificación de las características del servicio de consulta *. Al pedir al encuestado en el análisis de casos, calificar la cantidad de trámites que tuvo que hacer para consultar el servicio que necesitaba, se encontró como el 56,4% de los afiliados al régimen contributivo y el 41,9% del subsidiado percibieron pocos trámites; casi un 30% para ambos regímenes reportaron ninguno; es notable la diferencia de casi 15 puntos por encima encontrada entre la calificación del subsidiado con respecto al contributivo (14,5%).

La proporción que calificó como larga la espera en el régimen subsidiado fue casi dos veces más (42,8%) que la del contributivo (24,7%). En cuanto a la duración de la consulta, no se apreciaron muchas diferencias pues el 38% en ambos regímenes la perciben corta; estimaron larga la consulta casi el 10% del contributivo superado por el subsidiado con 6,7 puntos porcentuales.

Frente al trato recibido se percibió similitud entre los dos regímenes; alrededor del 87% lo calificó como bueno y muy bueno y del 13% lo percibió regular, malo o muy malo.

Un comportamiento similar se encontró en la calificación de la forma como los examinaron, aunque con porcentajes por debajo del 5% y mayor para el contributivo, se encontró una diferencia de 2,9 puntos porcentuales entre quienes lo percibieron como “malo” y “muy malo” en cada régimen.

La comodidad del lugar y la información recibida fueron bien calificadas por la mayoría de los encuestados en ambos regímenes; por consiguiente las respuestas agrupadas, “*regular y malo*”, correspondieron a un porcentaje inferior al 11%.

* Este tipo de mediciones fue aplicada a varios eventos de servicios en salud como la consulta, la atención por especialistas, la toma de pruebas diagnósticas, la entrega de medicamentos, la hospitalización y la atención de urgencias. La información se recogió en el análisis de casos.

El tratamiento ordenado (medicamentos, exámenes y remisiones), fue percibido como regular, malo y muy malo por un 25,3% de los encuestados del régimen contributivo; entre los subsidiados los porcentajes obtenidos para regular y malo sumaron un 15,6%.

Más del 68% de los afiliados a ambos regímenes calificaron la ubicación del sitio (IPS) como cerca; se apreció una diferencia importante entre los afiliados con respecto a esta variable, solo un 2,1% del contributivo la estimó muy cerca contra un 22,9% del subsidiado.

Finalmente, al calificar la resolución del problema se encontró como un 43,6% del contributivo y un 52,8% del subsidiado consideró que se resolvió parcialmente o no se resolvió.

La Tabla 70, presenta las calificaciones otorgadas por los usuarios en escala Likert a las características del servicio de consulta.

Tabla 70. Calificación de las características del servicio de consulta por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración de la atención en el servicio de consulta	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
<i>Cantidad de trámites</i>		
Ninguno	29	28,7
Pocos	56,4	41,9
Muchos	14,5	29,4
<i>Tiempo de espera</i>		
Corto	35,5	22,9
Mediano	39,7	34,3
Largo	24,7	42,8
<i>Duración de la consulta</i>		
Corto	38,3	37,9
Mediano	51,9	45,5
Largo	9,7	16,7
<i>Trato recibido</i>		
Muy malo	2,4	0,9
Malo	1,2	1,3
Regular	9,6	10,7
Bueno	72,8	76,6
Muy bueno	14,1	10,5
<i>Forma en que lo examinaron</i>		
Muy malo	0,3	

Valoración de la atención en el servicio de consulta	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Malo	4,2	1,6
Regular	10,8	12,9
Bueno	72,3	80,4
Muy bueno	12,4	5,1
Comodidad		
Malo	1,5	6,5
Regular	9,8	11,1
Bueno	79,0	75,3
Muy bueno	9,8	7,1
Información recibida		
Muy malo	0,3	2,4
Malo	0,7	2,2
Regular	16,9	7,8
Bueno	76,9	81,7
Muy bueno	5,1	6,0
Tratamiento ordenado		
Muy malo	2,7	
Malo	2,4	4,5
Regular	20,2	11,1
Bueno	65,9	75,5
Muy bueno	7,9	8,9
Ubicación del sitio		
Muy lejos	25,7	9,1
Cerca	72,2	68,1
Muy cerca	2,1	22,9
Resolución del problema		
No se resolvió	13,6	22,9
Parcialmente	30,0	29,9
Si se resolvió	56,4	47,2

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

La Tabla 71 y el Gráfico 42, resume los niveles de la escala en dos categorías: satisfecho e insatisfecho y las compara entre regímenes.

Los aspectos que generan mayor insatisfacción tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado son la duración de la consulta y la resolución del problema; Se encontraron diferencias significativas en el tiempo de espera y en la ubicación

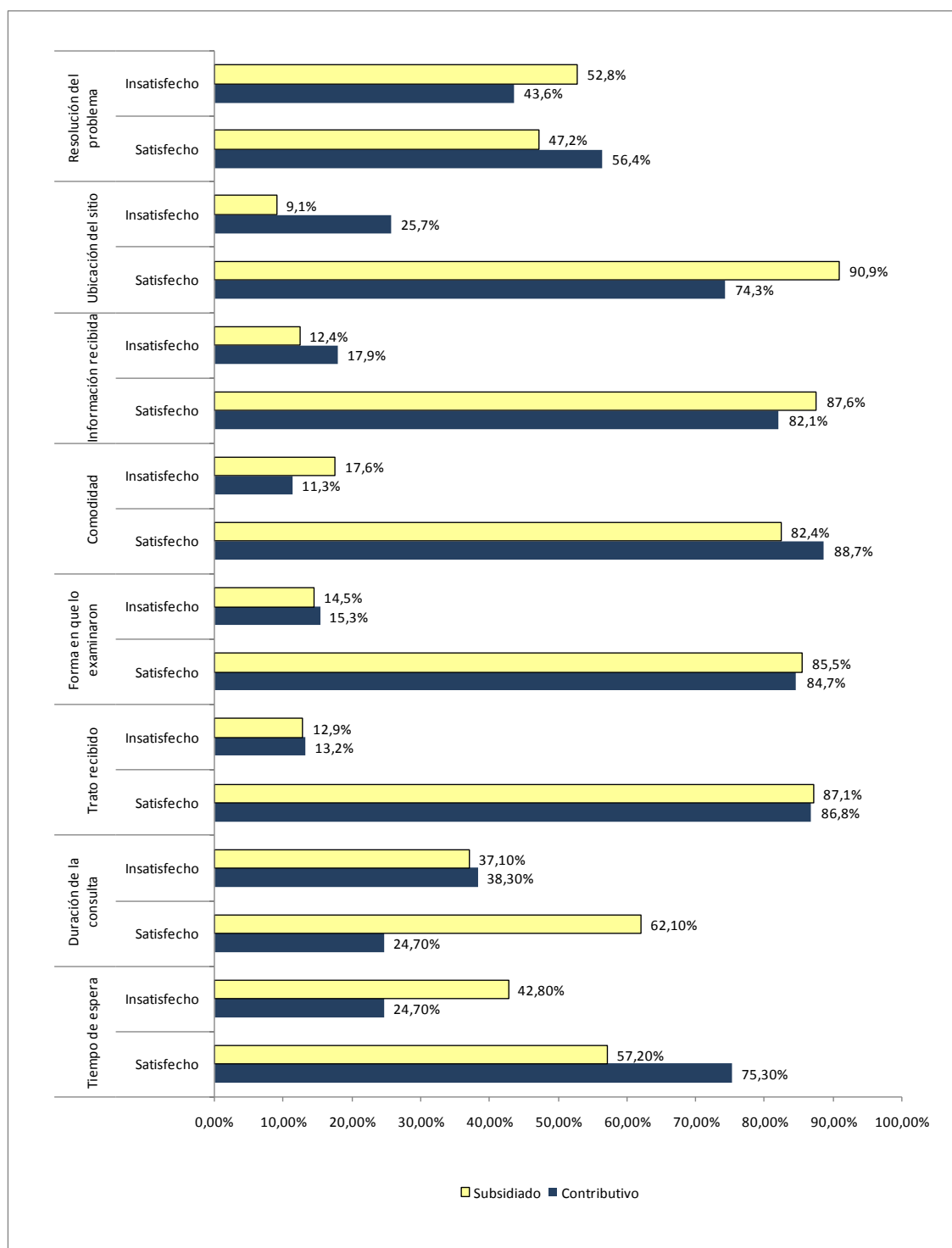
del sitio; mientras un 24,7% del contributivo se percibió insatisfecho con el tiempo de espera, en el subsidiado llegó al 42,8%; con respecto a la ubicación del sitio, los porcentajes fueron de un 9,1% para el subsidiado y un 25,7% en el contributivo.

Tabla 71. Resumen de satisfacción con las características del servicio de consulta por régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración de la atención	Afiliación al SGSSS		valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tiempo de espera			
Satisfecho	75,3	57,2	0,01
Insatisfecho	24,7	42,8	
Duración de la consulta			
Satisfecho	24,7	62,1	0,77
Insatisfecho	38,3	37,9	
Trato recibido			
Satisfecho	86,8	87,1	0,66
Insatisfecho	13,2	12,9	
Forma en que lo examinaron			
Satisfecho	84,7	85,5	0,62
Insatisfecho	15,3	14,5	
Comodidad			
Satisfecho	88,7	82,4	0,06
Insatisfecho	11,3	17,6	
Información recibida			
Satisfecho	82,1	87,6	0,93
Insatisfecho	17,9	12,4	
Tratamiento ordenado			
Satisfecho	74,5	84,4	0,32
Insatisfecho	25,5	15,6	
Ubicación del sitio			
Satisfecho	74,3	90,9	0,002
Insatisfecho	25,7	9,1	
Resolución del problema			
Satisfecho	56,4	47,2	0,36
Insatisfecho	43,6	52,8	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 42. Satisfacción con las características del servicio de consulta por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.3.6 Aspectos relacionados con el acceso y una segunda consulta por el mismo problema de salud. El 17,1% de los afiliados al contributivo y el 10,0% de los afiliados al subsidiado consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud ($p=0,533$). En ambos regímenes la principal razón para consultar a otra persona fue la insatisfacción, 70,6% en el contributivo y 100% en el subsidiado. Opciones de respuesta como el problema no se resolvió, no quedo satisfecho, no confía en la primera persona que le atendió y otra persona se lo recomendó fueron agrupadas en esta categoría. El segundo motivo para consultar una segunda persona en el régimen contributivo fue la remisión. Véase Tabla 72.

Tabla 72. Resumen de las razones para consultar una segunda persona según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Razones para consultar una segunda persona	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Insatisfacción con el primer servicio	79,6	100
Lo remitieron	20,4	
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El médico general fue la primera persona consultada por segunda vez debido al mismo problema de salud tanto entre los afiliados del régimen contributivo como al subsidiado; después de esta opción, en los afiliados al contributivo se reportó proveedores de medicina popular (24%), mientras en el subsidiado médico especialista y medicina alternativa (22%). El farmacéuta también fue mencionado por un 9% de los usuarios del subsidiado. Véase Tabla 73.

El 40% de los afiliados al subsidiado consultó un médico especialista como segunda opción, sin embargo no fue remitido, lo cual implica consultas a particulares y gastos de bolsillo adicionales.

El Gráfico 43 corrobora esta situación, obsérvese como entre los subsidiados se reportaron lugares privados donde se consultó el segundo proveedor de servicios, a pesar de ser la red pública la mayor proveedora de servicios en este régimen. Si no hay satisfacción con el servicio es posible que también los usuarios del régimen contributivo busquen proveedores por fuera de su red de servicios asumiendo gastos de bolsillo que el sistema no cubre.

Tabla 73. Proveedores de salud consultados en una segunda vez debido al mismo problema de salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Qué otra persona consultó	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Médico general	54,9	29,1
Médico especialista	16,8	40,0
Medicina popular (yerbatero, tegua.etc.)	23,9	
Medicina alternativa		21,8
Farmaceuta		9,1
Odontólogo especialista	4,4	
Total	100	100

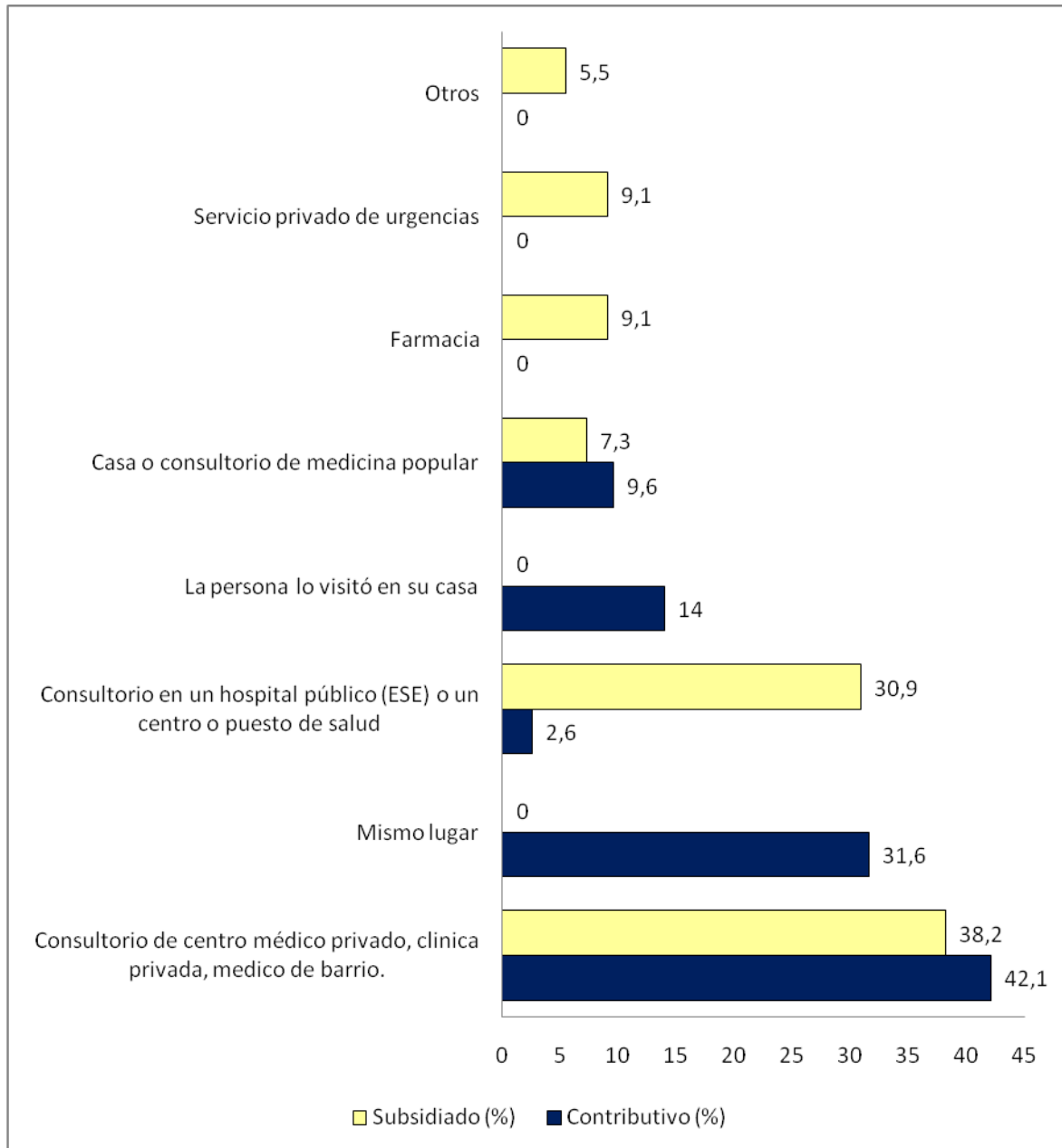
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Entre los afiliados al régimen contributivo, el consultorio de centro médico privado, clínica privada o médico de barrio y el mismo lugar donde recibió la primera atención fueron los sitios donde la mayoría buscó un segundo proveedor de servicios para solucionar el mismo problema de salud; un 14% de los usuarios del contributivo que buscaron una segunda consulta por el mismo problema de salud fue atendido en su casa; el 2,6% consultó a una institución (centro o puesto) de la red pública de primer nivel. Entre los subsidiados, aunque el 30,9% buscó la segunda atención en un hospital público (ESE), un 40,0% fue a un centro médico privado, una clínica privada o un servicio privado de urgencias. Algunos reportaron buscar atención en la farmacia. Véase Gráfico 43.

7.4.3.7 Factores que limitan el acceso a pruebas diagnósticas. Entre las principales razones reportadas para no tomarse algunos o ninguno de las pruebas que le ordenaron se encontró como el 41,8% estaba esperando la fecha recomendada para tomarse las pruebas, 18,2% no tuvo con que pagar la cuota que le cobran y en un 15,4% se debió a la demora para darle la cita. Véase Gráfico 44.

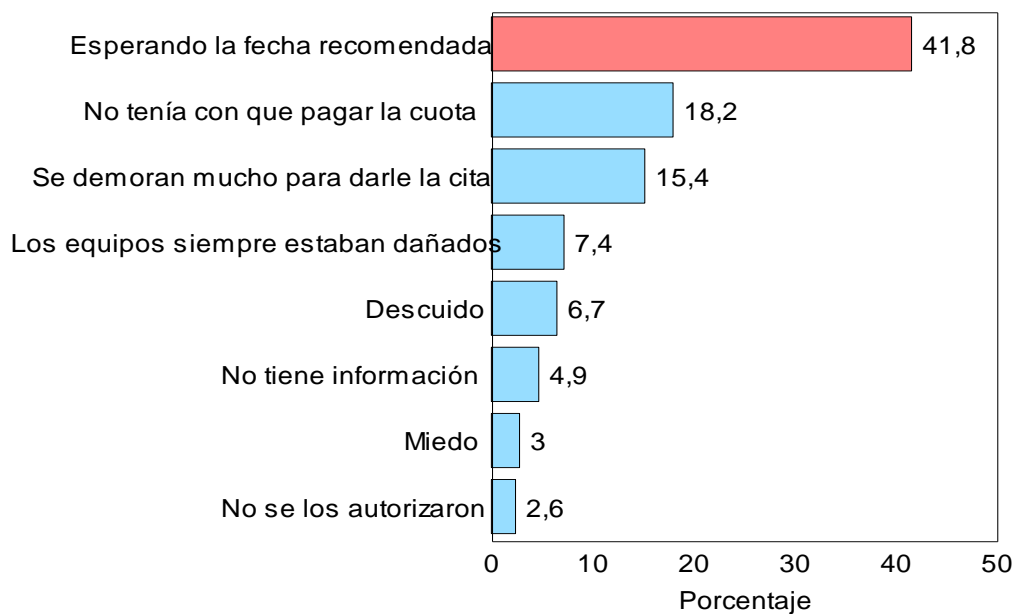
Entre los afiliados al régimen contributivo, las principales razones para no tomarse los exámenes se ocasionaron por esperar la fecha recomendada por el profesional de salud y la demora para darle la cita. Entre los afiliados al régimen subsidiado los motivos más reportados fueron: esperar la fecha, no tener con qué pagar la cuota que le cobran, equipos dañados y el descuido. Véase Tabla 74.

Gráfico 43. Lugar donde buscó el segundo proveedor que consultó por el mismo problema de salud. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 44. Razones para no tomarse las pruebas diagnósticas. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

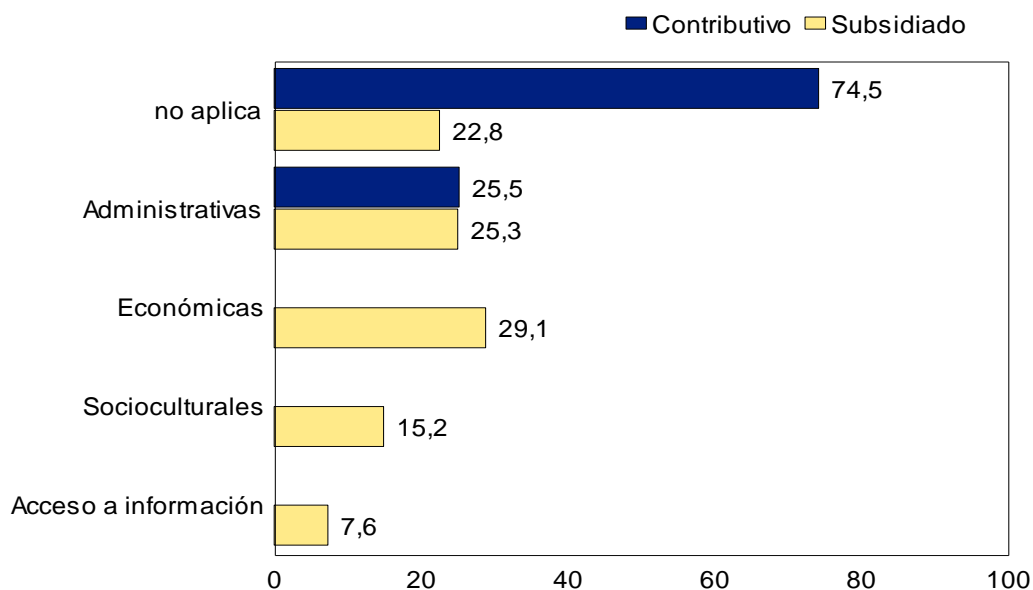
Tabla 74. Razones para no tomarse las pruebas diagnosticas según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Razones para no tomarse las pruebas	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Esperando la fecha recomendada por el profesional de salud	74,5	23,1
No tenía con que pagar la cuota que le cobran		29,5
Se demoran mucho para darle la cita	25,5	9,0
Los equipos siempre estaban dañados		11,5
Descuido		10,3
No tiene información / no está informado		7,7
Miedo		5,1
No se los autorizaron		3,8
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Las anteriores razones fueron clasificadas en barreras para acceder a los servicios; la categoría no aplica corresponde a la opción esperando la fecha recomendada por el profesional de salud. Como se observa en el Gráfico 45, las barreras económicas, culturales y de acceso a información solo fueron reportadas por los afiliados al régimen subsidiado, mientras las barreras administrativas presentaron un comportamiento similar entre los dos regímenes.

Gráfico 45. Barreras identificadas para el acceso a pruebas diagnósticas, por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.3.8 Calificación de las características del servicio de pruebas diagnósticas. El 35,4% de los afiliados al régimen contributivo consideró largo el tiempo de espera para ser atendido en los servicios de pruebas diagnósticas, porcentaje similar para los afiliados al régimen subsidiado, 32,6%; sin embargo, en este último grupo una mayor proporción lo calificó como adecuado, 45,2%.

Casi la mitad de los usuarios consideró adecuada la duración de la atención en los servicios de pruebas diagnósticas; el 35,4% del contributivo y el 32,6% del subsidiado lo percibieron largo.

Sobre el tiempo de entrega de los resultados la mayoría de los afiliados al régimen subsidiado lo calificó corto, 45,7%; un 12,2% lo percibió largo, mientras en las

personas afiliadas al contributivo el 42,1% lo consideró adecuado y un 26,8% largo.

Al menos el 85,0% de los afiliados al régimen contributivo y subsidiado consideró bueno el trato recibido durante las pruebas diagnósticas, igual comportamiento se encontró al preguntar sobre la forma en que le hicieron el procedimiento. La calificación regular al trato recibido y la forma en que le hicieron el procedimiento aunque baja para ambos regímenes, se reportó con mayor distribución en el régimen subsidiado, 7,0%.

La comodidad durante la toma de las pruebas diagnósticas fue calificada como mala en el 8,7% de los afiliados al subsidiado; siendo mayores los aspectos no favorables (regular y mala), 13,1%, en el subsidiado en comparación con el contributivo, 1,8%.

Respecto a la calificación sobre la información recibida durante la toma de pruebas diagnósticas, el 24,6% de los afiliados al régimen contributivo la reportó regular, y el 1,4% mala, este aspecto fue mejor calificado por los afiliados al subsidiado.

Finalmente con relación a la ubicación del sitio, el 31,0% de las personas del contributivo lo consideró muy lejos, frente al 16,2% de las personas del régimen subsidiado. 14,8% del subsidiado la calificó muy cerca mientras para el contributivo esta calificación solo se dio en el 1,1%.

La Tabla 75, presenta las calificaciones en escalas de Likert otorgadas por los usuarios a las características de los servicios de pruebas diagnósticas, comparadas por régimen de afiliación.

Tabla 75. Calificación de la atención en los servicios de pruebas diagnósticas por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Calificación de la atención en los servicios de pruebas diagnósticas	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
<i>Tiempo de espera</i>		
Largo	35,4%	32,6%
Adecuado	34,6%	45,2%
Corto	30,0%	22,2%
<i>Duración de la atención</i>		
Largo	21,1%	31,0%
Adecuado	48,9%	46,7%
Corto	30,0%	22,3%
<i>Tiempo de entrega de los resultados</i>		
Largo	26,8%	12,2%

Calificación de la atención en los servicios de pruebas diagnósticas	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Adecuado	42,1%	42,2%
Corto	31,1%	45,7%
Trato recibido		
Regular	1,4	5,2
Bueno	97,5	85,6
Muy bueno	1,1	9,2
Forma en que le hicieron el procedimiento		
Regular	3,2	7,0
Bueno	95,7	82,5
Muy bueno	1,1	10,5
Comodidad		
Malo		8,7
Regular	1,8	4,4
Bueno	97,1	80,3
Muy bueno	1,1	6,6
Información recibida		
Malo	1,4	
Regular	24,6	7,0
Bueno	73,0	90,4
Muy bueno	1,1	2,6
Ubicación del sitio		
Muy lejos	31,0	16,2
Cerca	66,9	65,5
Muy cerca	1,1	14,8
Sin dato	1,1	3,5

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

La Tabla 76 y el Gráfico 46, resumen los niveles de la escala en dos categorías: satisfecho e insatisfecho con las características del servicio de pruebas diagnósticas y los compara entre regímenes.

En general, la duración de la atención y el tiempo de espera fueron las características del servicio de pruebas diagnósticas que afectaron negativamente la satisfacción de los usuarios de ambos regímenes. Los usuarios del contributivo se percibieron más insatisfechos con la información recibida, así como con la ubicación del sitio, el tiempo de espera y el tiempo de entrega de los resultados; los usuarios del subsidiado con la duración de la atención, el trato recibido, la

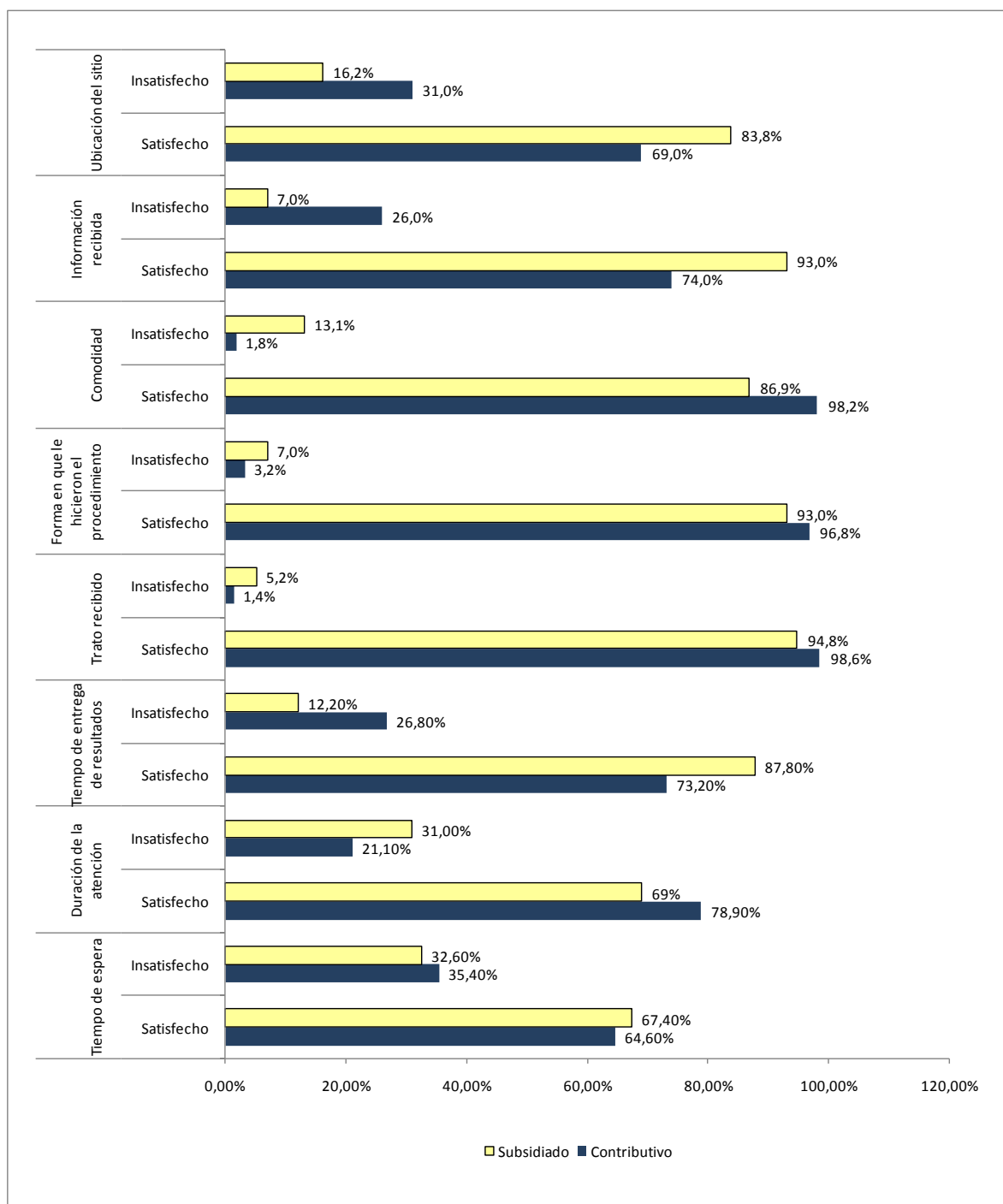
forma en que le hicieron el procedimiento y la comodidad; el tiempo de espera generó un poco mas de insatisfacción en el contributivo.

Tabla 76. Satisfacción con las características de la atención en el servicio de pruebas diagnósticas. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración de la atención recibida en servicios de pruebas diagnósticas	Afiliación al SGSSS		valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tiempo de espera			
Satisfecho	64,6	67,4	0,83
Insatisfecho	35,4	32,6	
Duración de la consulta			
Satisfecho	78,9	69	0,14
Insatisfecho	21,1	31,0	
Tiempo de entrega de resultados			
Satisfecho	73,2	87,8	0,26
Insatisfecho	26,8	12,2	
Trato recibido			
Satisfecho	98,6	94,8	0,46
Insatisfecho	1,4	5,2	
Forma en que le hicieron el procedimiento			
Satisfecho	96,8	93,0	0,51
Insatisfecho	3,2	7,0	
Comodidad			
Satisfecho	98,2	86,9	0,11
Insatisfecho	1,8	13,1	
Información recibida			
Satisfecho	74,0	93,0	0,41
Insatisfecho	26,0	7,0	
Ubicación del sitio			
Satisfecho	69,0	83,8	0,07
Insatisfecho	31,0	16,2	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 46. Satisfacción con las características del servicio de pruebas diagnósticas por régimen de afiliación Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Razones para no reclamar los resultados de las pruebas diagnósticas. Entre las razones reportadas por los afiliados para no reclamar los resultados de las pruebas diagnósticas se encontraron, en un 42,4% aún no le toca la cita, el 27,3% aún no estaban listos (estaba esperando la fecha indicada para reclamarlos), el 18,2% se los pasaron al médico y el 12,1% no le entregaron los resultados a tiempo (fue por ellos y no estaban todavía). Estas respuestas se clasificaron como barreras para el acceso a los resultados de las pruebas diagnósticas encontrando solo las administrativas en el 13,3% del contributivo, en el porcentaje restante en este grupo y en el 100% de los afiliados al régimen subsidiado los motivos reportados para no reclamar los resultados no constituyeron barreras.

7.4.3.9 Factores que limitan el acceso a medicamentos. Las razones para no reclamar los medicamentos entre los afiliados al régimen contributivo fueron en primer lugar la falta de dinero para pagar la cuota que le cobran (32,3%), seguida por “el seguro no se los cubre” (29,2%); mientras para los afiliados al régimen subsidiado se reportaron en el 22,55% la no entrega de los medicamentos, el 20,1% el hecho de que no se los autorizan y en tercer lugar, al 16,3% el seguro no los cubre. Véase Tabla 77.

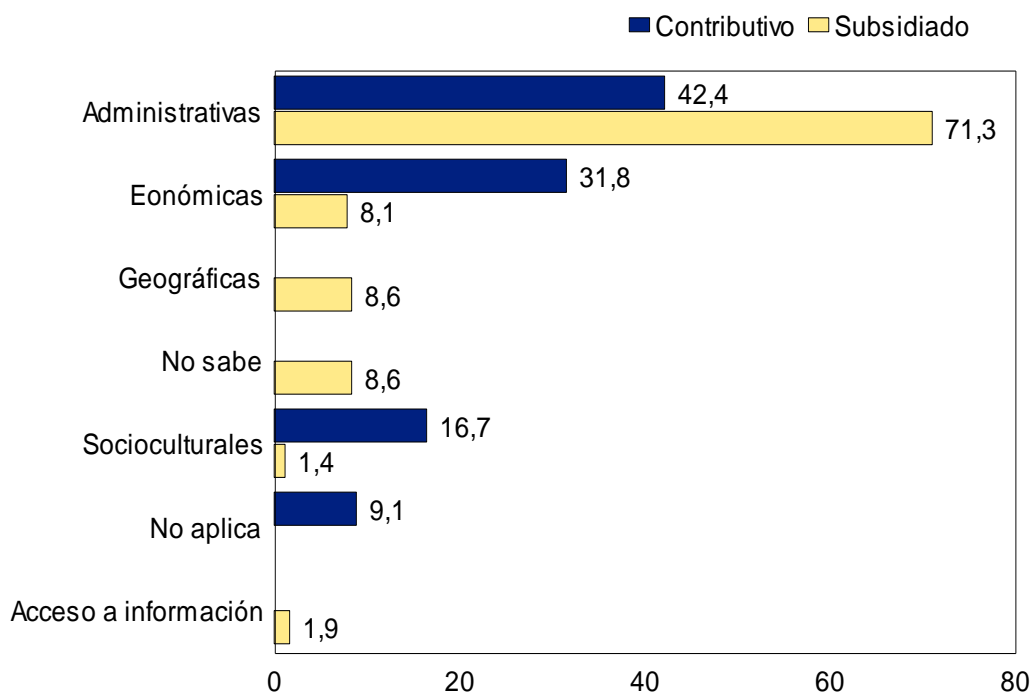
Tabla 77. Razones para no reclamar los medicamentos por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Razones reportadas	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
El seguro no se los cubre	29,2	16,3
No le entregan los medicamentos	6,2	22,5
No se los autorizaron	7,7	20,1
No tenía con que pagar la cuota que le cobran	32,3	2,4
Le queda muy lejos		8,6
No sabe		8,6
No tenía con que transportarse		5,7
No aparece en el sistema		5,7
No tenía aún el carné		4,3
Le caen mal	7,7	1,4
Le acaban de entregar la orden	9,2	
Se demoran mucho para entregárselos		2,4
Los medicamentos que le dan no le sirven	7,7	
No tiene información / no está informado		1,9
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Como se observa en el Gráfico 47, los afiliados al régimen contributivo reportan mayores barreras económicas, geográficas y socioculturales, mientras en el régimen subsidiado prevalecen las barreras administrativas. En la opción no aplica, fueron categorizadas algunas respuestas que no corresponden a barreras de acceso, como “le acaban de entregar la orden”.

Gráfico 47. Barreras de acceso para reclamar medicamentos por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Calificación de las características del servicio de entrega de medicamentos.

Menos del 20% de los afiliados quienes reclamaron los medicamentos reportaron el tiempo de espera como largo, 17,5% del contributivo, y 16,2% del subsidiado; en general los encuestados lo percibieron adecuado o corto.

Frente a la duración de la atención en los servicios de entrega de medicamentos, el 20,1% de los afiliados al contributivo y el 20,4% del subsidiado lo consideró largo. La calificación tuvo pequeñas diferencias entre los regímenes para las categorías tiempo adecuado y corto; hubo una discreta mayor percepción entre los afiliados al subsidiado de que el tiempo fue corto.

La mayoría de los afiliados de ambos regímenes consideró bueno el trato recibido en el servicio de entrega de medicamentos, aunque se reportó una percepción menos favorable en el contributivo, donde el 7,2% lo consideró regular y el 3,4% malo; mientras en los subsidiados fue 1,5% y 2,3% respectivamente. El mismo

comportamiento se presentó en cuanto a la información recibida; en los afiliados al contributivo se calificó más como regular y mala.

El 23,1% del grupo afiliado al subsidiado considera muy lejos la ubicación del sitio donde se reclaman los medicamentos; la misma calificación en el contributivo estuvo 6,6 puntos porcentuales por debajo.

La entrega completa de medicamentos se reportó en el 78,8% del contributivo y en el 67,4% del subsidiado; al 32,6% de los subsidiados y al 17,5% del contributivo le entregaron los medicamentos incompletos.

El estudio de Mejía (2007) en Antioquia, basado en la Encuesta de calidad de vida 2003, reportó como un 45% del contributivo y un 57% del subsidiado recibieron medicamentos incompletos o no se los entregaron¹⁰⁶. Sánchez (2009), reporto para la población del área rural de Cali, no acceso (medicamentos incompletos o no entrega) para un 71,5% de la población, cifra superior a los hallazgos del presente estudio.¹⁰⁷

La Tabla 78, presenta las calificaciones en escalas Likert otorgadas por los usuarios al servicio de entrega de medicamentos. La Tabla 79 y el Gráfico 48, resumen los niveles de la escala en dos categorías: satisfecho e insatisfecho y las compara entre regímenes.

Tabla 78. Calificación de la atención recibida en los servicios de entrega de medicamentos por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración sobre el servicio entrega de medicamentos	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
<i>Tiempo de espera</i>		
Largo	17,5	16,2
Adecuado	42,2	37,4
Corto	38,2	46,4
<i>Duración de la atención</i>		
Largo	20,1	20,4
Adecuado	40,6	35,8
Corto	39,3	43,8
<i>Trato recibido</i>		
Malo	3,4	2,3
Regular	7,2	1,5
Bueno	87,8	88,3
Muy bueno	1,5	8,0

Valoración sobre el servicio entrega de medicamentos	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Información recibida		
Malo	7,5	2,3
Regular	8,1	4,6
Bueno	80,3	87,5
Muy bueno	4,1	5,7
Ubicación del sitio		
Muy lejos	16,5	23,1
Cerca	72,9	69,7
Muy cerca	10,7	7,2
Entrega de medicamentos		
No le entregaron	0,9	
Incompleta	17,5	32,6
Completa	78,8	67,4
Sin dato	2,8	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

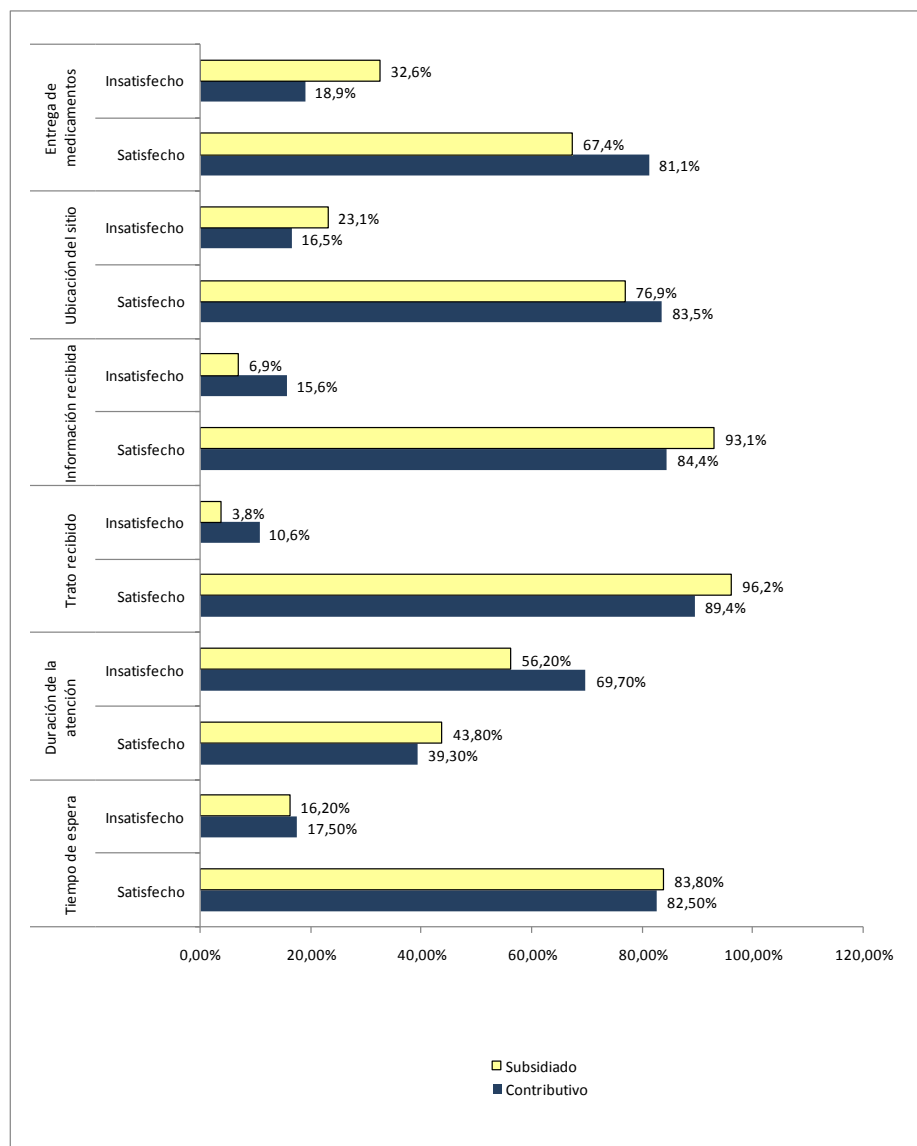
Tabla 79. Satisfacción con las características del servicio de entrega de medicamentos según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración de la atención en entrega de medicamentos	Afiliación al SGSSS		valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tiempo de espera			
Satisfecho	82,5	83,8	0,78
Insatisfecho	17,5	16,2	
Duración de la atención			
Satisfecho	39,3	43,8	0,18
Insatisfecho	69,7	56,2	
Trato recibido			
Satisfecho	89,4	96,2	0,82
Insatisfecho	10,6	3,8	
Información recibida			
Satisfecho	84,4	93,1	0,50
Insatisfecho	15,6	6,9	
Ubicación del sitio			
Satisfecho	83,5	76,9	0,77

Valoración de la atención en entrega de medicamentos	Afiliación al SGSSS		valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Insatisfecho	16,5	23,1	
<i>Entrega de medicamentos</i>			
Satisfecho	81,1	67,4	0,09
Insatisfecho	18,9	32,6	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 48. Satisfacción con las características del servicio de entrega de medicamentos según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

La duración de la atención, la entrega de los medicamentos, la ubicación del sitio y el tiempo de espera fueron los aspectos que generaron insatisfacción en las mayores proporciones. Frente a la entrega de medicamentos, la comparación por régimen muestra mayor insatisfacción entre los usuarios pertenecientes al subsidiado, 32,6%, mientras el contributivo alcanzó un 18,9%. Con relación a la ubicación del sitio, también el subsidiado supera al contributivo en las calificaciones desfavorables resumidas, 23,1% y 16,5% respectivamente.

7.4.3.10 Factores relacionados con el acceso a especialistas. Entre los afiliados remitidos al especialista, el 84,9% del contributivo y el 75,3% del subsidiado reportó haber consultado, no se encontraron diferencias estadísticamente significantes ($p=0,957$). En primer lugar no consultaron debido a que la cita aún se encontraba pendiente, en segundo y tercer orden a causa de la demora para dar las citas y la negación de las mismas. Véase Tabla 80.

Tabla 80. Razones para no consultar al especialista según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Razones para no consultar	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
No tenía con que pagar la cuota que le cobran		16,7
Se demoran mucho para darle la cita	21,7	25,0
No le dieron la cita	21,7	25,0
Cita aún pendiente	30,4	33,3
Cita aplazada	26,1	
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

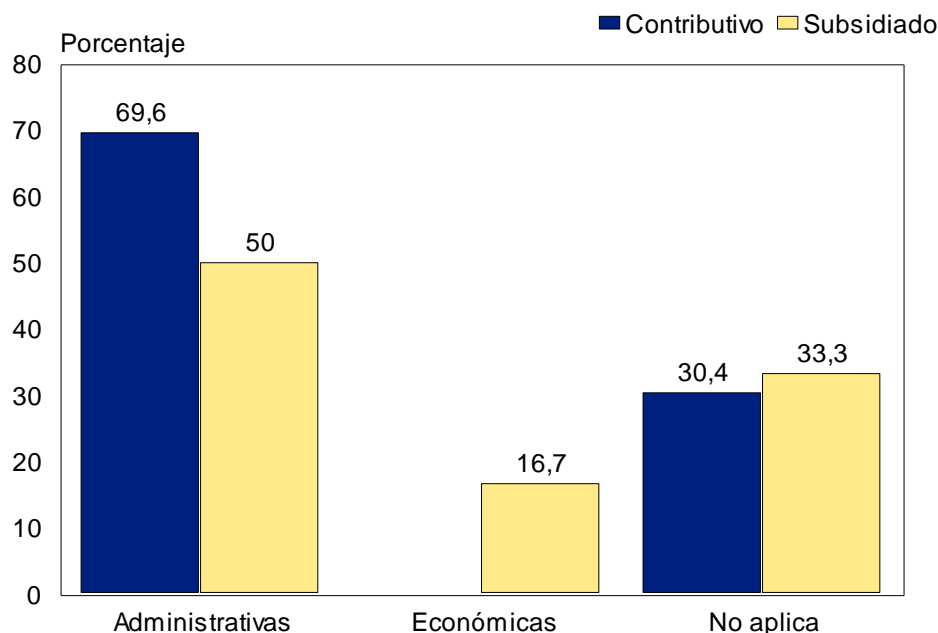
Las barreras para no consultar especialistas fueron en su mayoría de tipo administrativo, solo en el régimen subsidiado se reportaron barreras de tipo económico. Véase Gráfico 49

Calificación de las características del servicio de especialistas. Para el 20,3% de los afiliados al régimen contributivo y el 25,5% del subsidiado, el tiempo transcurrido entre la orden médica y el día en que lo atendió el especialista fue largo. No obstante, alrededor del 50,0% lo consideró adecuado.

El 5,5% de los afiliados al régimen contributivo y el 31,8% del subsidiado, consideró largo el tiempo de espera en la sala antes de ser atendidos por el especialista.

El 38,8% de los usuarios del régimen contributivo y el 51,8% del subsidiado percibió corta la duración de la consulta con el especialista. La calificación adecuada fue dada por el 54,3% del contributivo y el 43,3% del subsidiado.

Gráfico 49. Barreras para no consultar a los especialistas según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

90% de los afiliados al régimen contributivo y el 95.5% del subsidiado calificó positivamente el trato recibido del especialista. El 8,3% del subsidiado lo consideró muy malo mientras un 10,1% del contributivo lo calificó regular.

Al calificar la forma como fueron examinados por el especialista, los afiliados del régimen contributivo tuvieron una percepción menos favorable, así, para el 27,9% fue regular y para el 7,8% muy malo, mientras los subsidiados reportaron 4,6% y el 8,3% respectivamente.

Con relación a la comodidad del lugar, solo afiliados al subsidiado tuvieron una percepción negativa, el 13,8% la calificó regular y el 8,3% mala.

Al preguntar por la información recibida, el 27,9% y el 3,1% de los afiliados al régimen contributivo la calificó como regular y mala respectivamente, frente al 11,0% y el 8,3% de los afiliados al régimen subsidiado.

En el tratamiento ordenado se encontró mayor satisfacción por parte de los afiliados al régimen subsidiado, 88.1%; mientras 39,5% y 3,9% del contributivo lo calificó como regular y malo, respectivamente.

La ubicación del sitio donde se consultó al especialista, se calificó muy lejos por la mayoría (58,1%) de las personas del régimen contributivo y para un 37,6% del subsidiado; en contraste, el 62,4% de los subsidiados lo percibió cerca o muy cerca.

Para el 28,7% de los afiliados al contributivo y el 36,4% del subsidiado el problema por el cual consultó al especialista no se resolvió. Percibieron una resolución parcial un 55,8% del contributivo y un 23.6% del subsidiado y una resolución total el 40% en el subsidiado y el 15,5% del contributivo.

La Tabla 81, presenta las calificaciones en escalas de Likert otorgadas por los usuarios a características del servicio de especialistas. La Tabla 82y el Gráfico 50 resumen los niveles de la escala en dos categorías: satisfecho y no satisfecho y las compara entre regímenes.

Tabla 81. Calificación del servicio de especialistas según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración del servicio de especialistas	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
<i>Tiempo entre la orden médica y el día de la atención</i>		
Largo	20,3	25,5
Adecuado	52,3	48,2
Corto	27,3	26,4
<i>Tiempo de espera para ser atendido</i>		
Largo	5,5	31,8
Adecuado	52,3	34,5
Corto	42,2	33,6
<i>Duración de la consulta</i>		
Largo	7,0	4,5
Adecuado	54,3	43,6
Corto	38,8	51,8
<i>Trato recibido</i>		
Muy malo		8,3
Regular	10,1	
Bueno	74,4	87,2
Muy bueno	15,5	4,6

Valoración del servicio de especialistas	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Forma en que lo examinaron		
Muy malo	7,8	8,3
Regular	27,9	4,6
Bueno	53,5	82,6
Muy bueno	10,9	4,6
Comodidad		
Malo		8,3
Regular		13,8
Bueno	89,1	73,4
Muy bueno	10,9	4,6
Información recibida		
Muy malo	3,1	8,3
Regular	27,9	11,0
Bueno	58,1	76,1
Muy bueno	10,9	4,6
Tratamiento ordenado		
Muy malo		8,3
Malo	3,9	
Regular	39,5	3,7
Bueno	45,7	88,1
Muy bueno	10,9	
Ubicación del sitio		
Muy lejos	58,1	37,6
Cerca	41,9	57,8
Muy cerca		4,6
Resolución del problema		
No se resolvió	28,7	36,4
Parcialmente	55,8	23,6
Si se resolvió	15,5	40,0

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

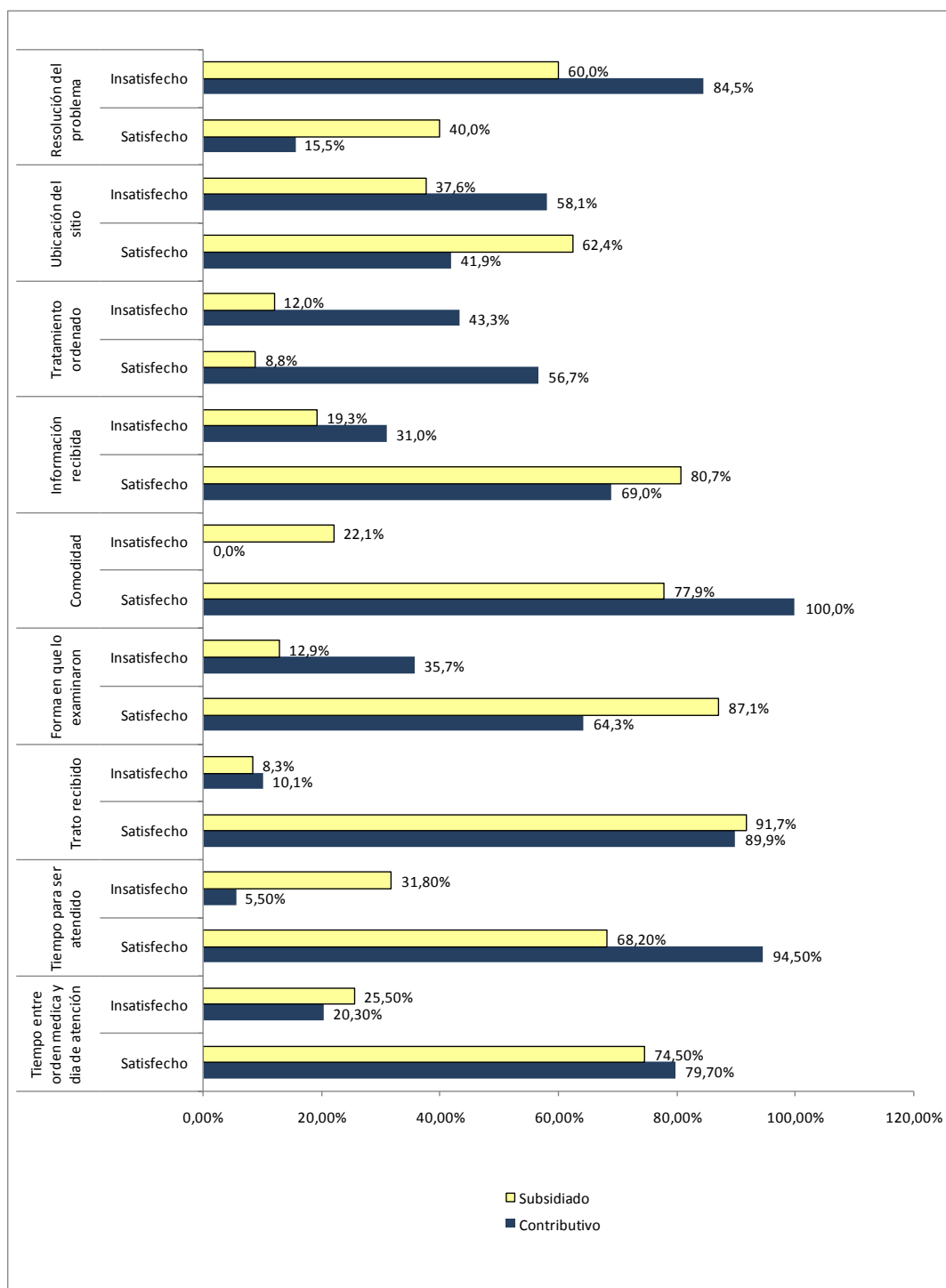
Tabla 82. Satisfacción con las características del servicio de especialistas según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración de la atención	Afiliación al SGSSS	valor p
---------------------------	---------------------	---------

por especialista	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tiempo transcurrido entre la orden médica y el día en que le atendió			
Satisfecho	79,7	74,5	0,45
Insatisfecho	20,3	25,5	
Tiempo de espera para ser atendido (sala de espera)			
Satisfecho	94,5	68,2	0,01
Insatisfecho	5,5	31,8	
Trato recibido			
Satisfecho	89,9	91,7	0,65
Insatisfecho	10,1	8,3	
Forma en que lo examinaron			
Satisfecho	64,3	87,1	0,50
Insatisfecho	35,7	12,9	
Comodidad			
Satisfecho	100	77,9	0,01
Insatisfecho	0,0	22,1	
Información recibida			
Satisfecho	69,0	80,7	0,80
Insatisfecho	31,0	19,3	
Tratamiento ordenado			
Satisfecho	56,7	88	0,89
Insatisfecho	43,4	12,0	
Ubicación del sitio			
Satisfecho	41,9	62,4	0,56
Insatisfecho	58,1	37,6	
Resolución del problema			
Satisfecho	15,5	40,0	0,26
Insatisfecho	84,5	60,0	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 50. Satisfacción con las características del servicio de especialistas según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al resumir las variables de la escala en satisfecho e insatisfecho se encontraron para el contributivo y el subsidiado importantes porcentajes de insatisfacción con relación a: la resolución del problema (84,5% y 60%) y la ubicación del sitio

(58,1% y 37,6%). 43,3% del contributivo valoró negativamente el tratamiento ordenado, el 31% la información recibida y el 35,7% la forma en que le examinaron. La comparación mostró diferencias importantes, con significancia estadística, para tiempo para ser atendido en sala de espera y la comodidad, afectando en ambos casos mucho más al régimen subsidiado.

7.4.3.11 Factores relacionados con el acceso a hospitalización. Entre los afiliados encuestados en el estudio de casos, 14,4% tuvieron una orden de hospitalización en el último año; de éstos, el 90,8% del contributivo y el 88,3% del subsidiado fueron internados al menos por una noche.

Las razones reportadas por quienes teniendo una orden de hospitalización no se internaron fueron en el caso del régimen contributivo el criterio medico y en el subsidiado el temor a ser hospitalizado.

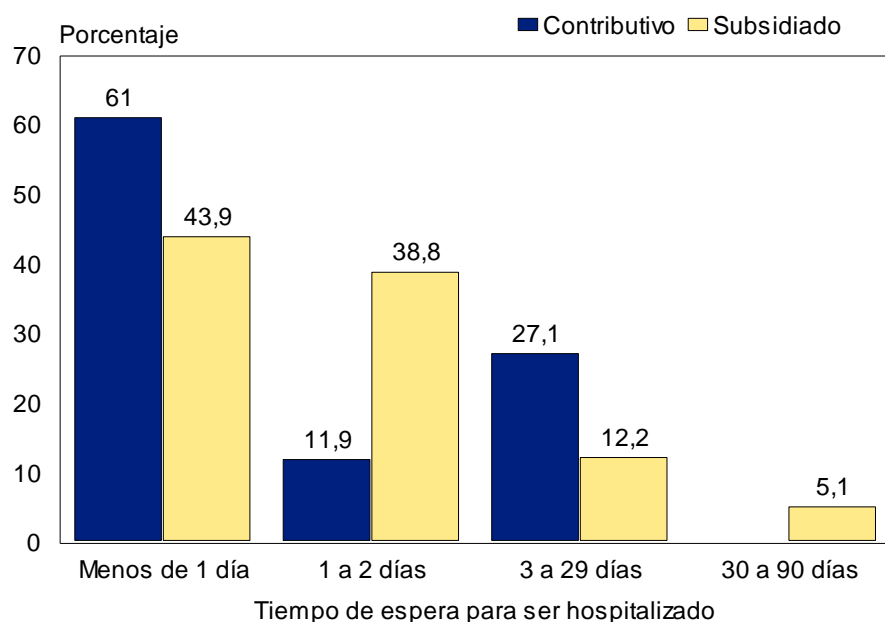
Con relación al tiempo transcurrido entre el momento en que el profesional de salud le dio la orden y el momento en que le hospitalizaron se encontró en el régimen contributivo periodos menores a un día para el 61,0%, al igual que para el 43,9% del subsidiado; un 38,8% de los subsidiados esperó entre 1 y 2 días comparado con un 11,9% del contributivo. El 27,1% de los usuarios del contributivo esperó entre 3 a 29 días, así como el 12,2% del subsidiado. Solo 5,1% de los subsidiados reportó esperas mayores a 30 días. Véase Gráfico 51.

Al analizar la misma variable por grupos de edad, el 100% de los niños de entre 1 y 4 años y entre 10 a 14 esperó menos de tres días para ser hospitalizados; el 100% de los mayores de 80 años fue hospitalizado en las primeras 24 horas; los tiempos de espera más prolongados se dieron en el grupo de 45 a 79 años, donde un 25% espero entre 3 a 29 días y un 11,4% entre 30 a 90 días. Véase Tabla 83.

Calificación de las características del servicio de hospitalización. El tiempo de espera para ser hospitalizado fue percibido como largo por un mayor porcentaje de los afiliados al régimen subsidiado, 37,1%, comparado con el 18,3% de los afiliados al contributivo.

La duración de la hospitalización fue larga para el 36,7% de los afiliados al subsidiado y el 6,7% del contributivo. Se calificó como adecuada por el 68,8% del contributivo y el 45,9% del subsidiado.

Gráfico 51. Tiempo transcurrido entre el momento en que se recibe la orden y el momento de ser hospitalizado según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 83. Tiempo transcurrido antes de la hospitalización por grupos de edad. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Días hospitalización de	Grupos de edad					
	1-4 (%)	10-14 (%)	15 – 19 (%)	20 – 44 (%)	45 – 79 (%)	80 y más (%)
Menos de 1 día	69,7	41,7	55,6	73,0		100
1 a 2 días	30,3	58,3			63,6	
3 a 29 días			44,4	27,0	25,0	
30 a 90 días					11,4	
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

El trato recibido durante la hospitalización se calificó como regular por el 30,5% de los afiliados al contributivo, y como muy malo por el 3,1% del subsidiado, aunque en general este régimen obtuvo mayores calificaciones favorables (bueno y muy bueno), 97%.

La atención por el profesional médico recibió calificaciones favorables por más del 80%, de los afiliados a ambos regímenes; aunque el 11,9% del contributivo y el 12,2% del subsidiado la calificaron regular y un 12,2% del subsidiado la percibió mala.

La atención recibida del personal de enfermería obtuvo calificaciones menos favorables, comparadas con la del profesional médico, siendo éstas mayores para el régimen contributivo. Un 79,6% del subsidiado la calificó favorablemente frente

a un 68,3% del contributivo; el 31,7% de los afiliados al contributivo y el 14,3% del subsidiado la calificaron como regular y un 6,1% del subsidiado como mala.

Las calificaciones favorables para la privacidad durante la hospitalización fueron de 50,8% y 56,1% para el régimen contributivo y subsidiado respectivamente; mientras que para el 49,2% del contributivo fue regular y un 43,9% del subsidiado la reportaron entre regular y muy mala.

Alrededor del 20,4% de los afiliados calificaron desfavorablemente la información recibida durante la hospitalización; en las personas del contributivo se calificó regular por el 11,9%, mientras en el subsidiado, al agregar las calificaciones de regular y mala, la calificación desfavorable fue de un 35,5%.

La hotelería de las IPS fue calificada favorablemente por el 86,7% del total de los afiliados al contributivo y al subsidiado; al analizarla por cada régimen se percibió regular en el 18,3% del contributivo, mientras para el 10,2% del subsidiado fue regular y muy mala.

Para el 71,2% del contributivo y el 38,8% del subsidiado se resolvió el problema de salud por el cual fue hospitalizado; resolución parcial y no resolución fue reportado por el 28,8% del contributivo y por el 61,2% del subsidiado.

La Tabla 84, presenta las calificaciones en escalas Likert otorgadas por los usuarios a las características del servicio de hospitalización. La Tabla 84 y el Gráfico 52, resumen los niveles de la escala en dos categorías: satisfecho e insatisfecho y las compara entre regímenes.

Tabla 84. Calificación del servicio de hospitalización según régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración del servicio de hospitalización	AFILIACION	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
<i>Tiempo de espera para ser hospitalizado</i>		
Largo	18,3	37,1
Adecuado	41,7	11,3
Corto	40	51,5
<i>Duración de la hospitalización</i>		
Largo	6,7	36,7
Adecuado	68,3	45,9
Corto	25	17,3
<i>Trato recibido</i>		
Muy malo		3,1

Valoración del servicio de hospitalización	AFILIACION	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Regular	30,5	
Bueno	59,3	91,8
Muy bueno	10,2	5,2
Atención del profesional médico		
Malo		12,2
Regular	11,9	3,1
Bueno	69,5	79,6
Muy bueno	18,6	5,1
Atención profesional del personal de enfermería		
Malo		6,1
Regular	31,7	14,3
Bueno	68,3	74,5
Muy bueno		5,1
Privacidad		
Muy malo		14,3
Malo		19,4
Regular	49,2	10,2
Bueno	50,8	56,1
Información recibida		
Muy malo		10,2
Regular	11,9	15,3
Bueno	78,0	69,4
Muy bueno	10,2	5,1
Hotelería (alimentación, comodidades)		
Muy malo		5,1
Regular	18,3	5,1
Bueno	81,7	84,7
Muy bueno		5,1
Resolución del problema		
No se resolvió	18,6	10,2
Parcialmente	10,2	51,0
Si se resolvió	71,2	38,8

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Tabla 85. Satisfacción con las características del servicio de hospitalización según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración de la atención durante la hospitalización	Afiliación al SGSSS		valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tiempo de espera para ser hospitalizado			
Satisfecho	81,7	62,9	0,20
Insatisfecho	18,3	37,1	
Duración de la hospitalización (se considera no satisfecho largo)			
Satisfecho	93,3	63,3	0,20
Insatisfecho	6,7	36,7	
Trato recibido			
Satisfecho	69,3	96,9	0,19
Insatisfecho	30,7	3,1	
Atención del profesional médico			
Satisfecho	88,1	84,7	1,00
Insatisfecho	11,9	15,3	
Atención profesional del personal de enfermería			
Satisfecho	68,3	79,6	0,72
Insatisfecho	31,7	20,4	
Privacidad			
Satisfecho	100	66,3	0,07
Insatisfecho	0	33,7	
Información recibida			
Satisfecho	88,1	74,5	0,69
Insatisfecho	11,9	25,5	
Hotelería			
Satisfecho	81,7	89,8	1,00
Insatisfecho	18,3	10,2	
Resolución del problema			
Satisfecho	71,2	38,8	0,24
Insatisfecho	28,8	61,2	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Al comparar las valoraciones resumidas en satisfecho e insatisfecho entre los dos regímenes se encontró diferencias en casi todas; la mayor similitud se presentó en las atención por el profesional médico con porcentajes de satisfacción altos; se percibió insatisfacción en los usuarios del régimen subsidiado frente a los siguientes aspectos: tiempo de espera para ser hospitalizado, 37,1%; duración de

la hospitalización, 36,7%; privacidad, 33,7%; mientras los usuarios del contributivo valoraron negativamente la atención por el personal de enfermería, 31,7%, el trato recibido, 30,7% y la resolución del problema, 28,8%.

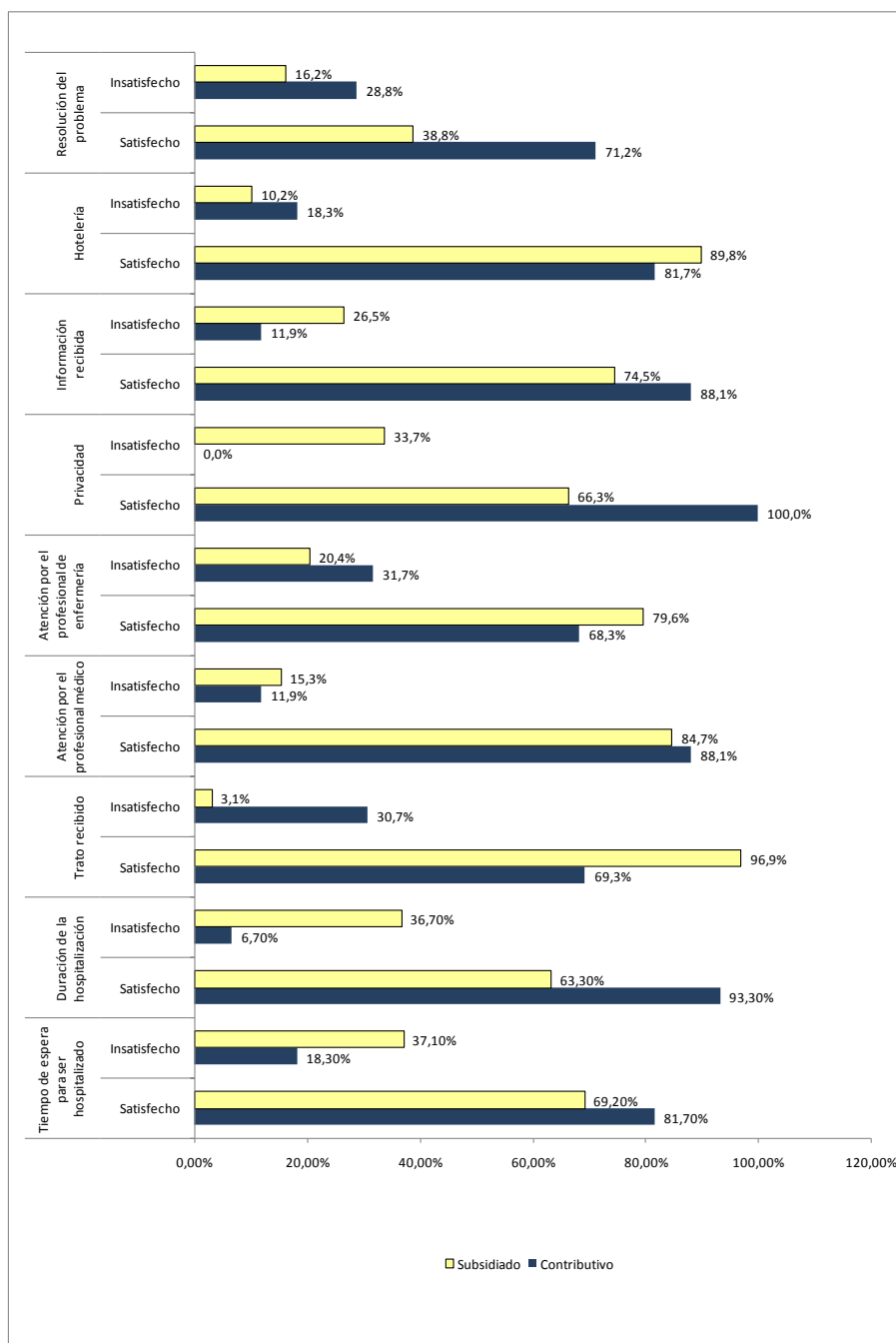
7.4.3.12 Factores relacionados con el acceso a los servicios de urgencias.

En el último año, el 49,6% de los afiliados al régimen contributivo, y el 38,7% de los afiliados al régimen subsidiado, quienes tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud, sintieron o tuvieron la necesidad de usar el servicio de urgencias; el 100% de éstos acudieron al servicio y fueron atendidos.

El tiempo de espera entre el momento en que los afiliados entraron al servicio de urgencias y el momento en que el médico les atendió fue menor de 1 hora para el 45,7%; el 32,9% reportó haber tenido que esperar entre 1 y 2 horas, el 14,4% entre 3 y 5 horas, el 2,6% seis horas y más; el 4,3% restante no recordó el tiempo de espera.

En la distribución por régimen se observa cómo el 51,8% del contributivo y el 36,2% del subsidiado esperó menos de una hora para ser atendido; en el rango de una a dos horas, esperó un 26,8% del contributivo y un 42,3% del subsidiado. Tiempos de espera entre 3 a 5 horas fueron reportados por un 17,8% del contributivo contra un 9,4% del subsidiado. Entre estos últimos se reportaron esperas de 6 y más horas en un 6,6%. Véase Gráfico 53

Gráfico 52. Satisfacción con las características del servicio de hospitalización según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

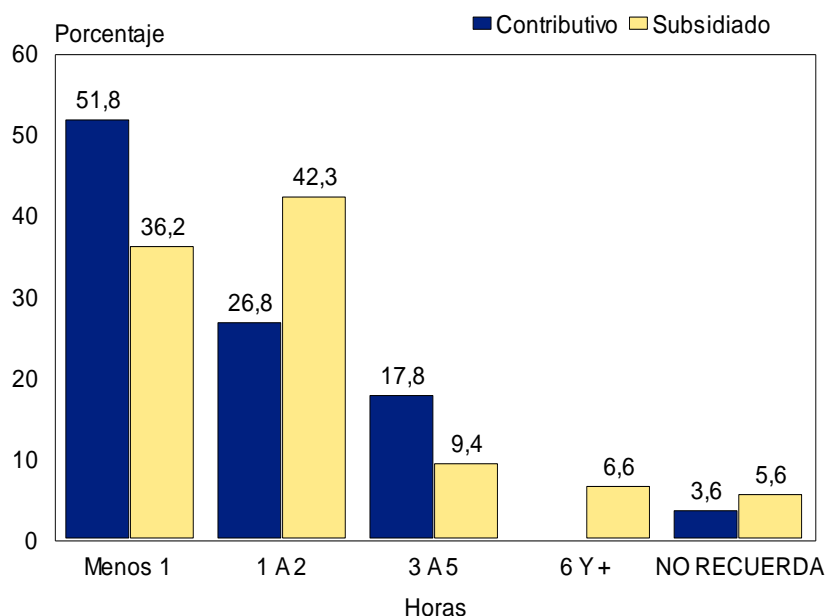
En resumen, mientras más del 50% de los usuarios afiliados al régimen contributivo esperan menos de 1 hora para ser atendidos en urgencias, en el subsidiado alrededor del 42% espera entre 1 y 2 horas. Las esperas mayores a 3

horas podrían corresponder más que a demandas de urgencias a consultas prioritarias de salud.

Calificación de las características del servicio de urgencias. El tiempo de espera para ser atendido en el servicio de urgencias fue percibido como largo por alrededor del 50% de los afiliados; entre estos el 43,5% pertenecía al contributivo, y el 53,5% al subsidiado. Menos del 20,0% los consideró corto.

Una vez atendidos por el médico, la percepción sobre la duración de la consulta fue calificada por la mayoría de los afiliados como adecuada, aunque el 30,7% del régimen contributivo y el 42,7% del régimen subsidiado la consideró corta.

Gráfico 53. Tiempo de espera entre el ingreso al servicio de urgencias y la atención del médico según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

La atención profesional del médico en urgencias fue calificada favorablemente por el 81,5% del contributivo y el 78,4% del subsidiado; 18,4% del contributivo y 21,7% del subsidiado otorgaron calificaciones entre regular, mala y muy mala. El subsidiado tuvo calificaciones mucho más desfavorables que el contributivo.

Aunque la atención profesional del personal de enfermería fue favorablemente calificada por el 96% y el 80,6% del régimen contributivo y subsidiado respectivamente, un 4,0% de los afiliados al contributivo frente a un 19,4% de los afiliados al régimen subsidiado la calificaron como mala.

Un 63,2% de los afiliados al régimen subsidiado calificó desfavorablemente la privacidad del servicio de urgencias, al igual que el 30,2% del contributivo; el porcentaje restante la calificó positivamente.

La información recibida en el servicio de urgencias fue valorada como regular, mala y muy mala por un 38,6% de los afiliados al régimen subsidiado frente a un 22.1% del contributivo.

La comodidad del lugar fue percibida como buena y muy buena por el 75,2% de los afiliados al contributivo y el 54,4% del subsidiado; el resto de ambos regímenes la calificó desfavorablemente así: como regular el 23,3% del contributivo y el 5,2% del subsidiado, como mala el 1,5% del contributivo y el 33,8% del subsidiado y como muy mala el 6,6% del subsidiado.

En relación a la resolución del problema por el cual se consultó, el 43,8% del contributivo y 53,6% del subsidiado consideró que este se resolvió parcialmente o no se resolvió.

La Tabla 86, presenta las calificaciones en escalas Likert otorgadas por los usuarios a las características del servicio de urgencias. La Tabla 87 y el Gráfico 54, resumen los niveles de la escala en dos categorías: satisfecho e insatisfecho y las comparan entre regímenes.

Tabla 86. Calificación del servicio de urgencias según régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración sobre los servicios de urgencia	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
<i>Tiempo de espera</i>		
Largo	43,5	53,5
Adecuado	39,3	30
Corto	17,2	16,4
<i>Duración de la atención</i>		
Largo	7,8	8
Adecuado	61,4	49,3
Corto	30,7	42,7
<i>Atención profesional del médico</i>		
Muy malo		3,8
Malo	1,5	3,8
Regular	16,9	14,1
Bueno	74,9	67,6

Valoración sobre los servicios de urgencia	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Muy bueno	6,6	10,8
Atención profesional del personal de enfermería		
Malo	4,0	19,4
Bueno	96,0	80,6
Privacidad		
Muy malo		14,6
Malo	10,3	39,6
Regular	19,9	9,0
Bueno	69,8	34,4
Muy bueno		2,4
Información recibida		
Muy malo		3,8
Malo	7,9	3,8
Regular	14,2	31,0
Bueno	76,7	59,2
Muy bueno	1,2	2,3
Comodidades		
Muy malo		6,6
Malo	1,5	33,8
Regular	23,3	5,2
Bueno	70,1	52,1
Muy bueno	5,1	2,3
Resolución del problema		
No se resolvió	13,9	27,2
Parcialmente	29,9	25,8
Si se resolvió	56,2	46,9

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

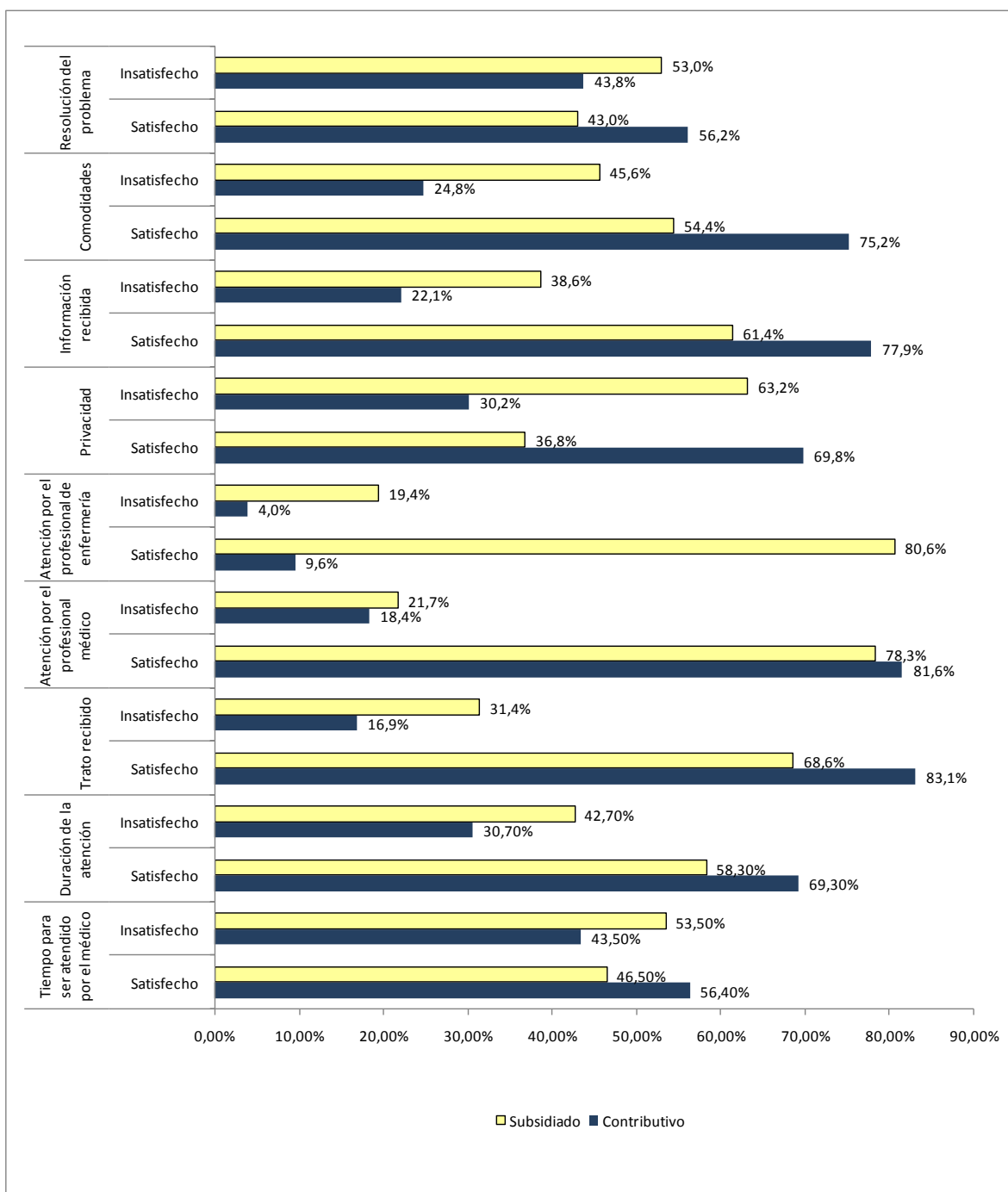
Al analizar los resultados de las valoración agrupadas en satisfecho e insatisfecho, se encontraron percepciones negativas importantes en el contributivo y el subsidiado para los aspectos resolución del problema (43,8 y 53%), tiempo de espera para ser atendido por el médico (43,5 y 53,5%) y duración de la atención (30,7 y 42,7%). Entre los usuarios del subsidiado se obtuvieron porcentajes más altos para valoraciones negativas sobre comodidades, 45,6%; información recibida, 38,6%; privacidad, 63,2%; duración de la atención, 42,7% y tiempo para ser atendido, 53,5%. En el contributivo, solo el tiempo para ser atendido por el médico tuvo una valoración superior a la del subsidiado. Se encontró diferencia significativa en la privacidad, donde el 30,2% del contributivo la valoró negativamente contra el 63,2% del subsidiado.

Tabla 87. Satisfacción con las características del servicio de urgencias según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Valoración de la atención en urgencias	Afiliación al SGSSS		valor p
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	
Tiempo de espera para ser atendido por el médico			
Satisfecho	56,5	46,5	0,29
Insatisfecho	43,5	53,5	
Duración de la atención			
Satisfecho	69,3	58,3	0,31
Insatisfecho	30,7	42,7	
Trato recibido			
Satisfecho	83,1	68,6	0,19
Insatisfecho	16,9	31,4	
Atención del profesional médico			
Satisfecho	81,6	78,3	0,21
Insatisfecho	18,4	21,7	
Atención profesional del personal de enfermería			
Satisfecho	96	80,6	0,74
Insatisfecho	4	19,4	
Privacidad			
Satisfecho	69,8	36,8	0,03
Insatisfecho	30,2	63,2	
Información recibida			
Satisfecho	77,9	61,4	0,18
Insatisfecho	22,1	38,6	
Comodidades			
Satisfecho	75,2	54,4	0,40
Insatisfecho	24,8	45,6	
Resolución del problema			
Satisfecho	56,2	43	0,06
Insatisfecho	43,8	53,0	

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 54. Satisfacción con las características del servicio de urgencias según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.4. Gastos de bolsillo para acceder a servicios curativos

Se indagó sobre los gastos de bolsillo* para cada evento de servicio de salud que los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado encuestados en el análisis de casos reportaron haber utilizado. Además de calcular las medidas de tendencia central, los montos pagados se categorizaron en rangos establecidos a partir de las cuotas moderadoras fijadas para el año 2009.

7.4.4.1 Gastos de bolsillo en consulta. El 56,8% de la población que usó un servicio curativo de salud en el último mes tuvo que pagar por el servicio consultado. El valor promedio de pago fue \$9.815 la mediana \$10.000,00 y el dato moda \$2.000 [DE=7.939,87].

El 58,9% de los afiliados al régimen contributivo que uso un servicios de salud en el último mes debido a un problema de salud tuvo que pagar por el servicio recibido, mientras los afiliados al régimen subsidiado, lo hicieron en el 41,4%, diferencia estadísticamente significativa ($p=0,007$). En general, los afiliados al régimen contributivo realizaron menores pagos en comparación con los afiliados al régimen subsidiado. Sin embargo, los afiliados al contributivo se abstuvieron más que los subsidiados de usar los servicios a pesar de sentir la necesidad reportando razones económicas además de las administrativas.

El 79,1% de los afiliados al contributivo y el 39% del subsidiado pagaron entre \$100 y \$2.000 m/c; los pagos entre \$2.100 y \$7.600 m/c, 21.1% y entre \$7.700 y \$20.100, 19.3%, fueron más frecuentes en el régimen subsidiado. Los montos superiores a \$20.200, aunque en proporciones bajas, solo fueron reportados en el régimen subsidiado. Véase Gráfico 55

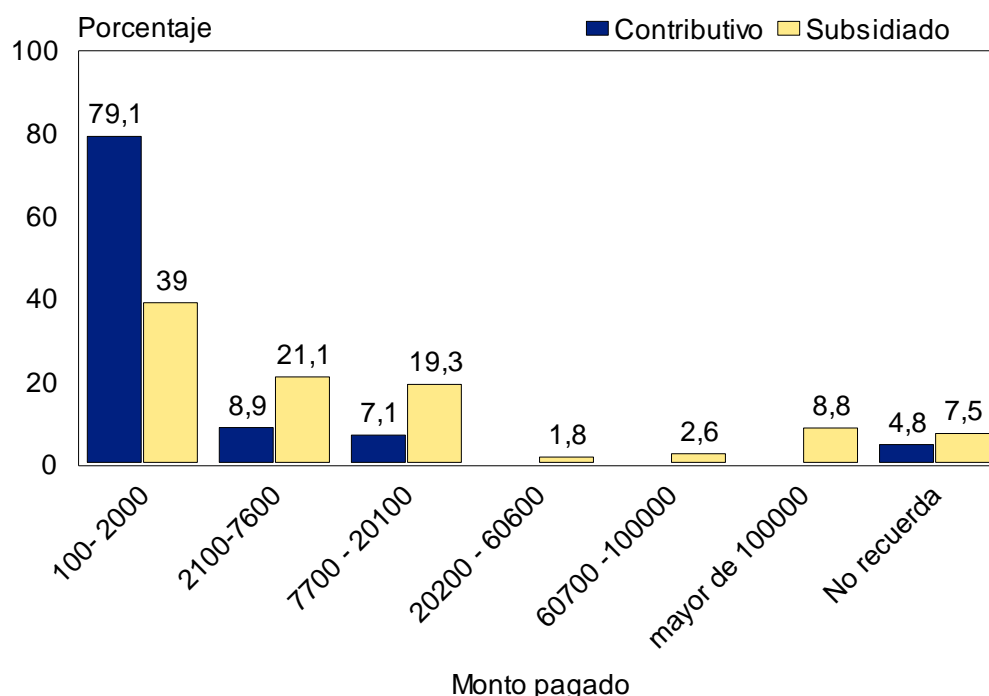
En la Tabla 88 se observa un mayor reporte de montos pagados entre \$100 y \$2.000 m/c, sin embargo en las personas donde no fue posible clasificar el tipo de subsidio (total o parcial) el 28,8% tuvo que pagar entre \$7.700 y \$20.100 m/c. Llama la atención el 15,0% de las personas con subsidio total que pagaron entre \$60.700 y \$100.000 m/c y el 20% que pago más de \$100.000 m/c. En esta última categoría, se reportó un menor número de casos en los afiliados con subsidio parcial, pero una mayor distribución en aquellos afiliados donde no fue posible hacer su clasificación.

En el caso de los afiliados que consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud, el 57,5% del contributivo y el 55,6% del subsidiado reportó

* Los gastos de bolsillo incluyen las cuotas moderadoras y los copagos. Las primeras son pagadas por todos los usuarios de servicios curativos del contributivo y del subsidiado, con excepción de las personas del régimen subsidiado calificadas en nivel I del SISBEN. Los copagos se aplican a los beneficiarios de los cotizantes del régimen contributivo. También los encuestados reportaron pago por servicios a los cuales no tienen derecho, bien sea por no tener cumplidas las semanas de cotización o debido a que el servicio o la actividad no está incluida en el plan de beneficios. No se incluyeron gastos de transporte o compra de medicinas por fuera del Sistema.

pagos. El comportamiento fue similar al encontrado durante la primera atención, los afiliados al régimen subsidiado realizaron mayores aportes, con valores que oscilaban entre \$2.100 y \$60.600 m/c, con una concentración en los pagos entre \$7.700 y \$20.100. Véase Gráfico 56.

Gráfico 55. Montos pagados por el servicio de consulta en el último mes. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

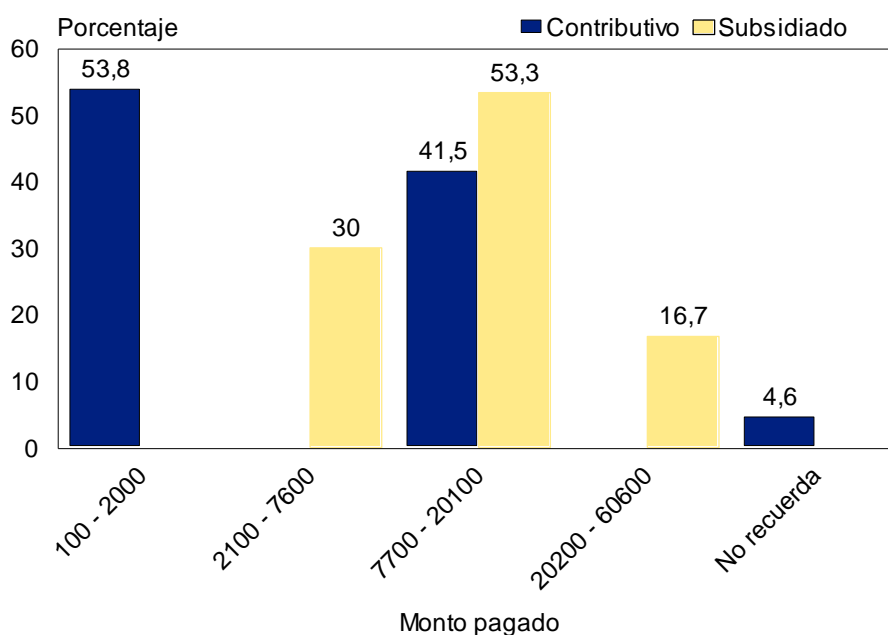
Tabla 88. Distribución de los montos pagados según tipo de subsidio reportado por los afiliados. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Monto pagado (pesos)	Tipo de subsidiado reportado		
	Subsidiado total (%)	Subsidiado parcial (%)	Subsidiado sin clasificar (%)
100- 2000	40,0	36,4	42,5
2100-7600	25,0	35,5	
7700 – 20100		19,6	28,8
20200 – 60600			5,0
60700 -100000	15,0		
mayor de 100000	20,0	4,7	8,8

Monto pagado (pesos)	Tipo de subsidiado reportado		
	Subsidiado total (%)	Subsidiado parcial (%)	Subsidiado sin clasificar (%)
No recuerda		3,7	15,0
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Gráfico 56. Montos pagados por la segunda atención recibida. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.4.2 Gastos de bolsillo en pruebas diagnósticas. El 48,8% de la población que se tomó todas o algunas de las pruebas diagnósticas prescritas en la consulta tuvo que pagar por éstas. El valor promedio pagado fue \$7.180,9, la mediana \$2.000 y el dato moda \$2.000 [DE=8.126,305].

Mientras en el régimen contributivo pagó el 61,9% en el subsidiado el 32,7%, diferencias estadísticamente significantes ($p=0,035$). Véase Tabla 89.

Tabla 89. Pago por pruebas diagnósticas por régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Tuvo que pagar por el servicio recibido	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	61,9	32,7
No	38,0	67,2
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Entre los afiliados al régimen contributivo que pagaron por pruebas diagnósticas el 32,7% eran cotizantes y el 78,3% beneficiarios. Véase Tabla 90.

Tabla 90. Pago por pruebas diagnósticas según tipo de afiliado al contributivo. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Tuvo que pagar por el servicio prestado	Tipo de afiliado	
	Cotizante (%)	Beneficiario (%)
Si	32,7	78,3
No	67,3	21,7
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

En el régimen subsidiado se encontró un reporte similar entre quienes tenían subsidio total, 39,7% y parcial, 38,9%; en el grupo donde no fue posible clasificar el tipo de subsidio se presentó el menor reporte de pagos por los servicios de pruebas diagnósticas. Véase Tabla 91.

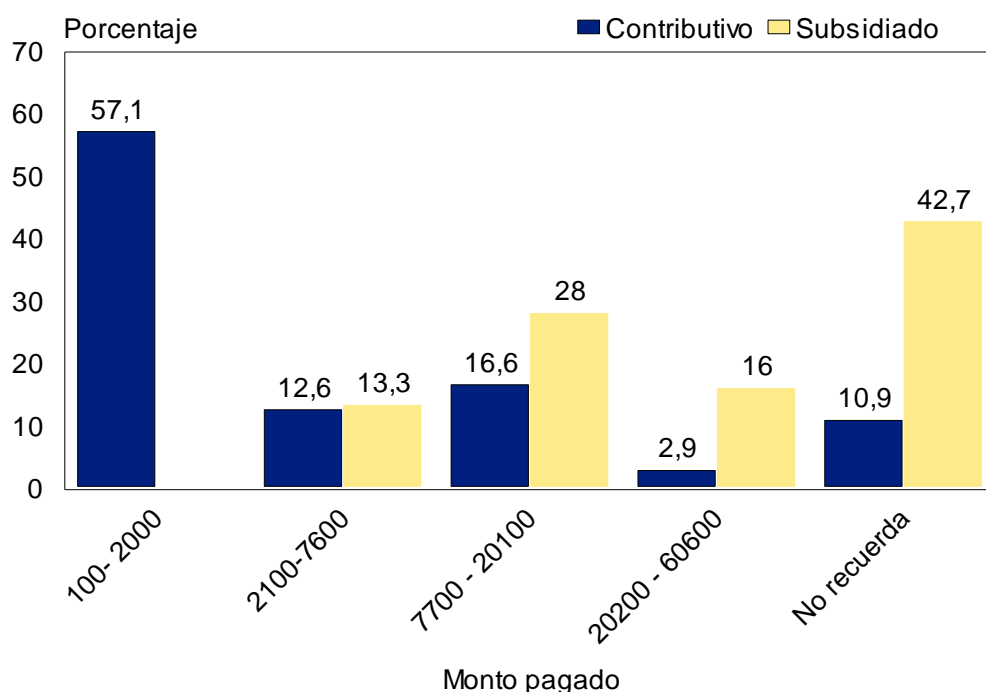
Tabla 91. Reporte de pago por pruebas diagnósticas entre los afiliados al subsidiado. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Tuvo que pagar por el servicio prestado	Tipo de subsidio reportado		
	Subsidiado total (%)	Subsidiado parcial (%)	Subsidiado sin clasificar (%)
Si	39,7	38,9	16,7
No	60,3	61,1	83,3
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Con relación al valor de los pagos realizados, el 57,1% de los afiliados al régimen contributivo canceló entre \$1.000 y \$2.000 m/c, mientras el 42,7% del subsidiado respondió no recordar el valor cancelado. La distribución porcentual del régimen contributivo disminuye en la medida que aumenta el rango pagado. Véase Gráfico 57.

Gráfico 57. Valores cancelados por pruebas diagnósticas según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.4.3 Gasto de bolsillo en medicamentos. El 47,7% de los encuestados que reclamó los medicamentos tuvo que pagar por este servicio. El valor promedio pagado fue \$4.953,49, la mediana \$2.000,00 y el dato moda \$2.000 [DE=10.669,392].

Entre quienes reclamaron los medicamentos formulados, el 70,5% de los afiliados al contributivo tuvo que pagar una cuota moderadora, frente al 17,0% del subsidiado, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Véase Tabla 92.

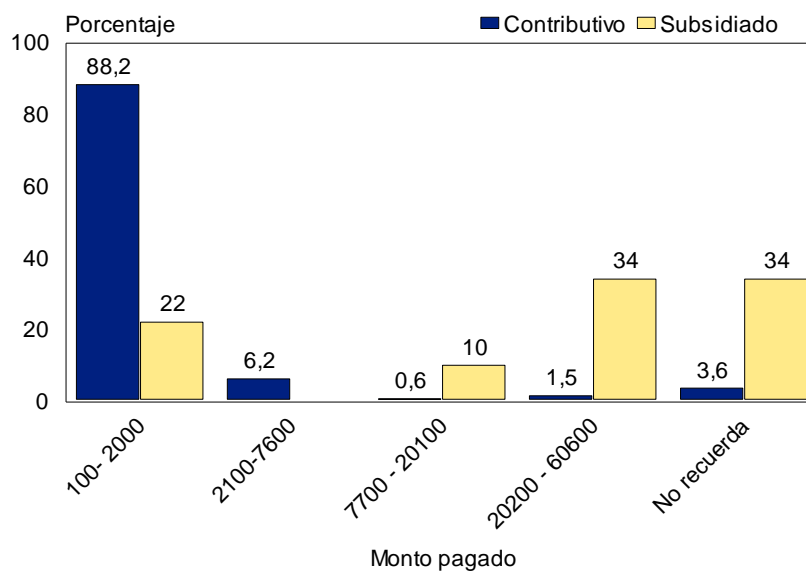
Tabla 92. Pago por la entrega de medicamentos según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Tuvo que pagar por los medicamentos	Afiliación al SGSSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	70,5	17,0
No	29,5	83,0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Con relación a los valores pagados por medicamentos entre los afiliados al contributivo, el 88,2% aportó una cuota entre \$100 y \$2.000 m/c; en el mismo rango pago el 22% del subsidiado; un 34,0% de estos pagó entre \$20.200 y \$60.600 m/c. Véase Gráfico 58.

Gráfico 58. Montos pagados para la entrega de los medicamentos según régimen de afiliación Barrio República de Israel, 2009 Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.4.4 Gastos de bolsillo en especialistas. De las personas que consultaron al especialista, el 39,3% tuvo que pagar por dicho servicio. El valor promedio pagado fue \$13.677,52, la mediana \$2.000,00 y el dato moda \$2.000 [DE= 42.284,195].

Según régimen de afiliación, el pago fue realizado por el 46,5% de los afiliados al contributivo, y por el 30,9% del subsidiado. Véase Tabla 93.

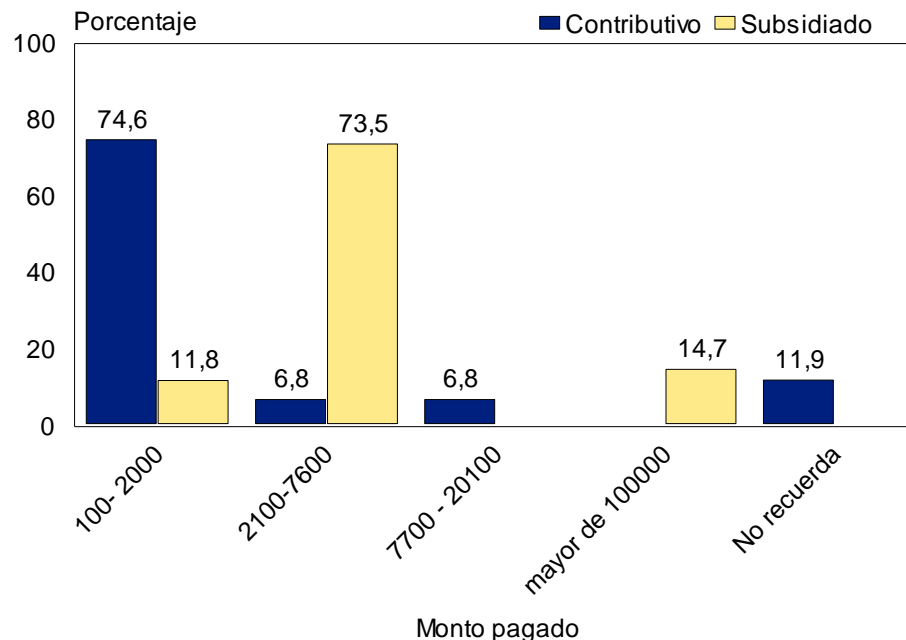
Tabla 93. Pago por la consulta con especialista según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali

Pago por la consulta con especialista	AFILIACION	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Si	46,5	30,9
No	53,5	69,1
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Un valor entre \$1.000 y \$2.000 m/c fue cancelado por el 74,6% de los afiliados al régimen contributivo; en el subsidiado, el 73,5% canceló entre \$2.100 y \$7.600 m/c. Los pagos mayores de \$100.000 m/c fueron reportados en el régimen subsidiado. Véase Gráfico 59.

Gráfico 59. Montos pagados por la consulta con especialista según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



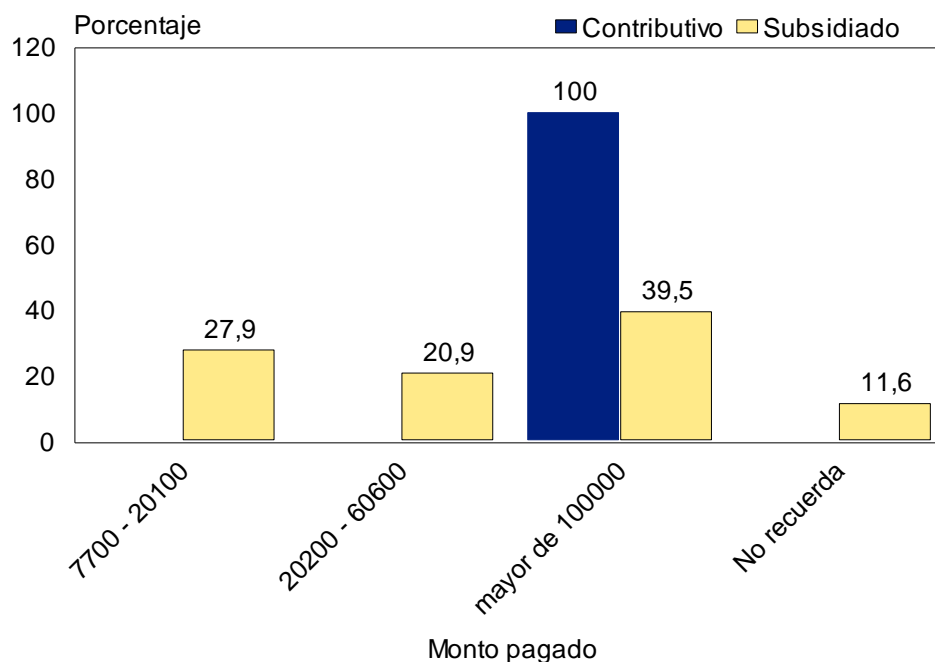
Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.4.5 Gastos de bolsillo en hospitalización. El 38,6% de los afiliados quienes usaron un servicio curativo de salud en el último mes y fueron hospitalizados durante el último año le cobraron algo por el servicio. El valor promedio pagado fue \$137.790,97, la mediana \$120.000,00 y el dato moda \$16.200 [DE=112392,334].

El 31,7% de los afiliados al régimen contributivo, y en el 42,9% de los afiliados al régimen subsidiado tuvo que pagar por la hospitalización. Como se observa en el Gráfico 60, el 100% de los afiliados al contributivo reportaron pagos mayores a \$100.000 m/c, mientras los afiliados en el subsidiado cancelaron desde \$7.770 m/c e incluso hasta mayores de \$100.000, 39,5%.

Los afiliados del régimen contributivo que fueron hospitalizados eran beneficiarios; mientras en el régimen subsidiado, entre quienes tenían subsidio total, el 58,3% pagaron más de \$100.000 m/c y el 41,7% no recordaba el valor cancelado; entre los afiliados con subsidio parcial, el 44,4% pagó entre \$20.200 y \$60.600, y el 55,6% un valor mayor de \$100.000 m/c. Finalmente quienes pertenecían al régimen subsidiado pero desconocían el tipo de subsidio, el 57,1% pago entre \$7.700 y \$20.100 m/c, el 19,0% entre \$20.200 y \$60.600 m/c y el 23,8% más de \$100.000 m/c. El 100% de los afiliados que fueron hospitalizados pagaron la totalidad de lo cobrado.

Gráfico 60. Pagos realizados por la hospitalización de acuerdo con el régimen de afiliación. Barrio República de Israel, 2009. Cali

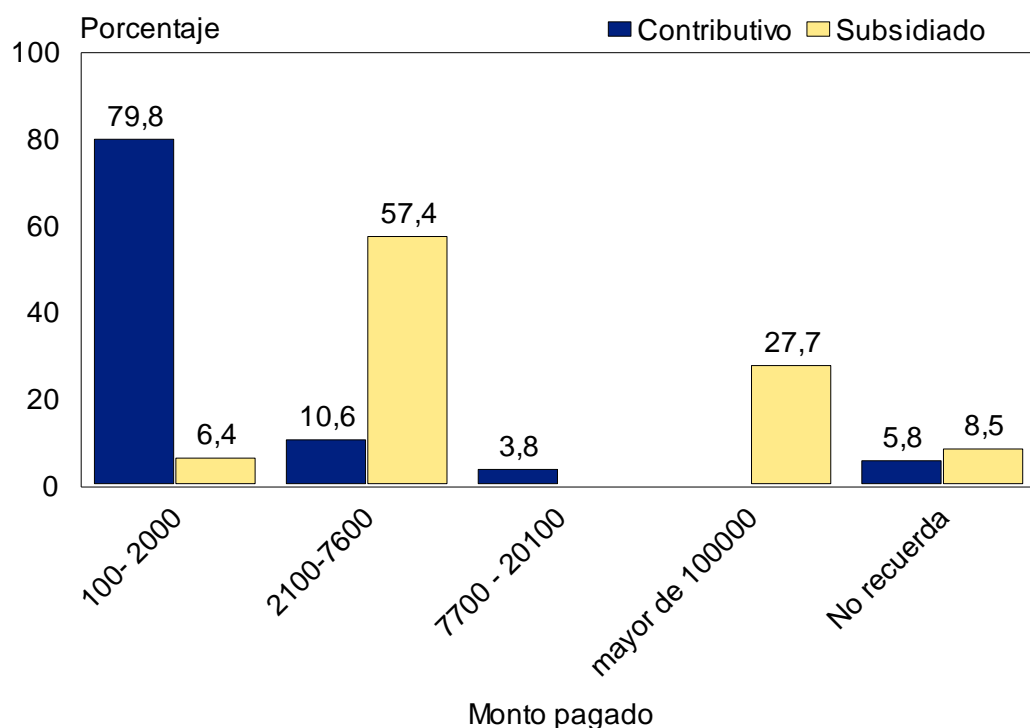


Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

7.4.4.6 Gastos de bolsillo en el servicio de urgencias. El 27,8% de los usuarios de un servicio de urgencias en el último año tuvo que pagar algo por el mismo. El valor promedio pagado fue \$15245,30, la mediana \$2000,00 y el dato moda \$ 2000 [DE=40529,002].

El 31,4% de los afiliados al contributivo y el 22,1% de los afiliados al régimen subsidiado reportaron pagos. Al preguntar por el monto pagado, el 79,8% de las personas del contributivo pagaron entre \$100 y \$2.000 m/c, en general los montos fueron inferiores a \$20.100 m/c, por su parte en el régimen subsidiado se encuentran montos más altos, el 57,4% pago entre \$2.100 y \$7.600, y el 27,7% un valor superior a \$100.000 m/c. Véase Gráfico 61

Gráfico 61. Montos pagados por el servicio de urgencias según régimen. Barrio República de Israel, 2009. Cali



Fuente: Elaboración propia, cálculos del estudio

Los afiliados al régimen contributivo, tanto los cotizantes como los beneficiarios, cancelaron en mayor porcentaje cuotas moderadoras entre \$1.000 y \$2.000 m/c, 41,2% y 86,4% respectivamente. Las cuotas máximas canceladas fueron por un valor de \$20.100 m/c, estas solo fueron reportadas por los cotizantes dentro del régimen contributivo. Llama la atención los pagos reportados por el servicio de

urgencias, en los cotizantes, esto puede implicar que más que atenciones de urgencia es una demanda de consulta general prioritaria.

Las cuotas pagadas por los afiliados al régimen subsidiado que no sabían el tipo de subsidio y aquellos que tenían subsidio total fueron mayores a \$100.000 m/c, en el 100% y 61.5% respectivamente, por su parte, quienes tenían subsidio parcial, el 75,9% canceló cuotas entre \$2.100 y \$7.600 m/c, seguidos por el 13,8% que no recordaban el monto cancelado y el 10,3% entre \$100 y \$2.000 m/c.

Los afiliados al contributivo pagaron todo el dinero que les fue cobrado, el 72,3% de los afiliados al subsidiado hizo lo mismo, mientras el 27,7% hizo un pago parcial. Dificultades para pagar fueron reportadas en el 1,9% de los afiliados al contributivo y el 57,4% de los afiliados al subsidiado. Estas se resolvieron pidiendo prestado para cubrir la deuda, en el caso del contributivo, mientras en el subsidiado el dinero fue obtenido así: recolectando entre los vecinos, 34,6%, pidiendo prestado, 30,8%, pagando por cuotas, 19,2% y reciclando, 15,4%.

8. DISCUSIÓN

En general los resultados obtenidos muestran diferencias en el acceso a servicios de salud entre la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado residente en estrato socioeconómico II, del barrio República de Israel de Santiago de Cali. Estas diferencias se exploraron desde dos referentes: (1) la política pública con relación al acceso a los servicios de salud en Colombia y (2) la vivencia de la población en el proceso de usar los servicios, partiendo de su percepción de las necesidades de atención.

Este estudio se realizó con base en el modelo de Aday y Andersen¹⁰⁸ que plantea el acceso como un concepto más político que operativo, está determinado por la política de financiamiento y organización de servicios, en nuestro caso inmersa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la cual influencia cuatro elementos estrechamente relacionados: las características de la oferta y de la población, las cuales actúan como indicadores del proceso de acceso; el uso de los servicios y la satisfacción de la población, a su vez indicadores de resultado.

El estudio analizó la política, desde la visión del investigador y exploró variables en todos los elementos del modelo de Aday y Andersen -- descrito detalladamente en el marco teórico--, desde la perspectiva poblacional, por consiguiente la política y los demás elementos del modelo se desarrollan tanto desde los resultados del análisis de la misma como desde la información procesada a partir de los reportes de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado, usuaria de servicios de salud.

Es importante anotar que los elementos del modelo están fuertemente interrelacionados, por consiguiente esta discusión integra y conecta las diversas variables en un esfuerzo por presentar la complejidad del fenómeno. También la discusión retoma los planteamientos de Frenk¹⁰⁹ en una propuesta sobre medición de accesibilidad los cuales a juicio de la investigadora permiten enriquecer el análisis.

8.1 LA POLÍTICA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Lo primero que se releva en el análisis de la política es que los objetivos del Sistema General de Seguridad de Salud en Colombia (SGSSS) y de la política de prestación de servicios de salud no son coherentes con las finalidad fundamental de un sistema de salud como lo plantea la OMS: “producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica”¹¹⁰, dado que están orientados a regular el servicio y garantizar el acceso, mas en términos de cobertura de afiliación al sistema que de coberturas de atención según la necesidad de los individuos.

El elemento fundamental que concreta los derechos en materia de atención en salud de la población colombiana, es el paquete básico de servicios, póliza, al cual se accede mediante la estrategia de aseguramiento, bajo el principio de la universalidad. Este paquete es conocido como plan de beneficios, el cual en nuestro caso es de dos tipos: el Plan obligatorio de salud del régimen contributivo, POS-C y el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, POS-S.

El análisis de La Corte Constitucional en la sentencia T760 de 2008, hace evidentes los problemas en la regulación del sistema y los problemas en el acceso, debidos a los contenidos de los planes de beneficio, pero también a la forma como opera este en la realidad a pesar de los principios y de la extensa normatividad al respecto. Entre las reglas del servicio público en salud, declaradas en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se relevan de especial importancia para el acceso: la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia y la calidad están lejos de su pleno cumplimiento. Los resultados de este estudio así lo demuestran.

8.1.1 El paquete de servicios de salud

Desde el análisis de los contenidos de los planes de beneficio en su relación con los principios constitucionales y los principios y fundamentos definidos en el SGSSS, es evidente que las diferencias entre el POS-C y POS-S surgen desde la

misma política siendo violatorias de la equidad y la protección integral en la medida en que ofrecen menos servicios a quienes más los necesitan y dejan por fuera grupos importantes de poblaciones, hasta antes de octubre de 2009, los mayores de 1 año hasta 11, y aun las mujeres pobres cabeza de hogar y sin trabajo, así como a los ancianos. El Gráfico 62 resume y compara los contenidos y muestra las diferencias en proporciones aproximadas.

Desde el punto de vista de los contenidos son notables las diferencias entre los dos planes en las actividades, intervenciones y procedimientos de nivel II y III, descritas anteriormente. Adicionalmente, La Corte encuentra falta de precisión en la definición de los contenidos del POS para ambos regímenes, la cual facilita la inadecuada interpretación de los vacíos, referidos a inclusiones y exclusiones de los planes de beneficio e incluso sobre los derechos contenidos explícitamente, por parte de las EPS (aseguradoras), las IPS (prestadores) y los usuarios; para dicha interpretación las entidades no cuentan con criterios que orienten la toma de decisiones, solo algunos que el sector de la justicia ha promulgando durante la producción de jurisprudencia dirigida a proteger el derecho a la salud; la cual en muchos casos no ha sido apropiada por los actores del Sistema. Especialmente las aseguradoras o las prestadoras, cuando asumen el riesgo, han venido aplicando la interpretación que resulte más favorable a sus resultados administrativos y financieros subvalorando la protección de los derechos de la persona.

Pero no solo los contenidos constituyen diferencias en el acceso, también las determinan la fragmentación de los planes dada la definición de los mismos con base en actividades, procedimientos e intervenciones, el enfoque no está centrado en proporcionar una atención integral o en atender integralmente las necesidades y problemas de salud de la población sino en facilitar la administración de los recursos a través de la contratación y la facturación por el pago de servicios producto de la intermediación de las aseguradoras entre el Estado y las prestadoras.

Gráfico 62. Resumen Contenidos Planes Obligatorios de Salud

Niveles	POS-C	POS-S	Subsidios Parciales
I	Acciones Individuales de promoción de la salud y prevención de riesgos.	Acciones Individuales de promoción de la salud y prevención de riesgos.	Acciones Individuales de promoción de la salud y prevención de riesgos.
	Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación todas las patologías	Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación todas las patologías	Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación: binomio madre-hijo, menor de 1 año y ortopedia y trauma
II y III	Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación todas las patologías	Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación: binomio madre-hijo, menor de 1 año y ortopedia y trauma. Beneficios puntuales para algunos eventos médico-quirúrgicos.	Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación: binomio madre-hijo, menor de 1 año y ortopedia y trauma
VI	Patologías de tipo catastrófico según Resolución 5261 de 1994.	Patologías de tipo catastrófico según Acuerdo 306 de 2005.	Patologías de tipo catastrófico según Acuerdo 306 de 2005.

Fuente: Elaboración propia, octubre 2009

Aunque las enfermedades de alto costo están incluidas éstas se definen por actividades más que por las patologías, garantizando los recursos en el Sistema para pagar por los servicios a las IPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado; sin embargo, la tendencia al incremento en la atención de los eventos de alto costo, sin bien resuelve las necesidades de la población también amenaza la sostenibilidad del Sistema.

8.1.2 La obligatoriedad de la afiliación al Sistema

La obligatoriedad de la afiliación al SGSSS para todos los habitantes, es otra de las reglas que continua siendo eludida. En el caso del régimen contributivo, no solo por sectores de la población con vinculación informal a la economía y con poder adquisitivo, sino por los pequeños empresarios, para quienes la escasa

rentabilidad de sus negocios y las cargas impositivas del Estado limitan sus capacidades para vincular formalmente a sus empleados a la seguridad social en salud y a los riesgos profesionales. Igualmente, los mecanismos de vigilancia de la elusión sobre los particulares aún no operan eficientemente. Por otra parte desde el mismo Estado, esta regla del Sistema es incumplida cuando aún el país cuenta con población pobre sin asegurar y cuando las altas tasas de desempleo dejan a familias de estrato medio y bajo desprotegidas y población de adultos jóvenes y mujeres que no consiguen empleo sin posibilidad de acceder al subsidio, pues este prioriza los niveles I y II del SISBEN.

En los hallazgos del presente estudio, el análisis de la ocupación, las posiciones ocupacionales, las características de la afiliación al SGSSS en la población de estudio, el contexto socioeconómico del barrio confirman los anteriores planteamientos.

Es así como, la observación del barrio durante el trabajo de campo permitió identificar diferencias socioeconómicas al interior del mismo, aunque todos sus lados de manzana están estratificados como II, la zona oriental se percibe mucho más deprimida. Los sectores aledaños a la autopista, zona occidental, tiene mejores condiciones en la estructura de sus viviendas y en las condiciones socioeconómicas de sus habitantes; tal vez esto explique la disminución en un 10% de la proporción de afiliados al subsidiado entre el 2005 y el 2009, y el incremento de la población no asegurada, pues las características de la infraestructura, el equipamiento de las viviendas, la mayor proporción de población trabajadora, un mejor nivel educativo seguramente sitúan estos individuos en un nivel de SISBEN mayor a II. Aún el 11,6% de los habitantes del barrio no están afiliados a la seguridad social, un 47,2% de la población pertenece al contributivo y un 37% al subsidiado.

En el régimen subsidiado se encontraron importantes proporciones de ocupaciones como obrero o empleado particular y trabajador por cuenta propia, en el primer caso, la cifra puede ser ilustrativa de la evasión y la elusión en el sistema, en el segundo caso de la elusión además de las altas cifras de ocupación informal en poblaciones pobres como la de este barrio. Los porcentajes de obrero o empleado del gobierno, patrón o empleador y empleado doméstico, suman un 9%, en cumplimiento de la norma todos tendrían que estar vinculados al régimen contributivo. En el contributivo se observa un porcentaje inferior al 1% de empleados domésticos y muchos menos trabajadores por cuenta propia asegurados que en el régimen subsidiado. Un mayor número de mujeres tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo hacen parte del grupo de los desempleados, siendo la proporción más alta en el subsidiado. Lo cual significa mayor población pobre y vulnerable en dicho régimen recibiendo un paquete más limitado de servicios de salud.

Entre los afiliados al régimen contributivo se encontró un 7,7% de población desocupada, la cual podría salir de este régimen, si no consigue trabajo o si no cumple con los criterios para ser beneficiaria de un cotizante, contribuyendo a engrosar el porcentaje sin afiliación, población denominada pobre no asegurada, PPNA. Es de esperar que entre la población económicamente activa afiliada al subsidiado la cifra de desempleo sea relativamente alta, sin embargo, en este estudio solo el 17,8% se reportó desocupada. Habría que profundizar en el tipo y calidad de las ocupaciones.

8.1.3 La libre escogencia y el acceso a información

La **libre escogencia**, es vulnerada cuando se permite la integración vertical así sea solo en un 30% entre las aseguradas y su propia red de servicios, al igual que cuando la oferta de IPS es limitada; también cuando la población no es informada de este derecho y cuando los trámites exigidos para cambiarse de IPS por problemas en la atención en el régimen subsidiado están lejos de poder ser cumplidos por una población de bajo nivel educativo, muchas veces temerosa que difícilmente cuenta con el dinero para transportarse y el tiempo.

Los hallazgos del estudio reafirman la vulneración de esta regla del servicio público de salud especialmente para el régimen subsidiado, en aspectos como la libre elección, el acceso a información y las redes en integración vertical. No se exploró sobre los trámites para cambiar de EPS e IPS.

El 63,5% de los afiliados al subsidiado reportaron no haber tenido la oportunidad de escoger la entidad promotora a la que se quería inscribir con una diferencia de 42 puntos porcentuales menos para el contributivo. En el mismo sentido y frente a la selección del prestador de servicios de salud, la selección no fue posible para el 63,5% del subsidiado, se calcularon 32,5 puntos porcentuales menos para el contributivo. Reportaron no haber recibido información escrita sobre los derechos el 62% del subsidiado con 12 puntos menos para el contributivo; un comportamiento muy similar se encontró con relación a la información sobre el portafolio de servicios a los cuales se tiene derecho.

El estudio también estimó el reconocimiento de los afiliados sobre los proveedores en los diferentes niveles de complejidad, encontrando un pobre resultado que favorece al régimen subsidiado con un 22,3% y una diferencia significativa ($p=0002$) de 15,1 puntos porcentuales con respecto al contributivo.

Con relación a la integración vertical, la mayoría de las IPS consultadas con mayor frecuencia en el contributivo pertenecen a las EPS o tienen sociedades importantes con las mismas que afectan su independencia administrativa favoreciendo los intereses de la aseguradora y no los de los usuarios. En el

subsidiado la red de nivel I es monopólica en el barrio y las opciones de otras redes son mínimas; por consiguiente tanto desde las administradoras como desde los prestadores, el poder está centrado en la institución no en el usuario, afectándose el poder de utilización o acceso e incrementándose la resistencia, es decir los obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, como los denomina Frenk ¹¹¹.

8.1.4 La calidad y el acceso

La calidad es tal vez una de las reglas sobre la cual el Sistema trabaja, se cuenta con un gran desarrollo normativo y técnico al respecto, aquellas EPS e IPS que avanzan realmente en los procesos de acreditación se distinguen en el medio. Sin embargo, la voz de los usuarios expresada en las tutelas, dice mucho de la calidad cuando esta se relaciona con el acceso a los servicios de salud y al goce del derecho fundamental.

La satisfacción del usuario es uno de los indicadores de la calidad de los servicios, los resultados de este estudio muestran una persistente insatisfacción con la prestación; ésta situación se discutirá más adelante.

8.2 ACCESO POTENCIAL: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Según el modelo de Aday y Andersen, las características de predisposición al acceso observadas en la población, los recursos disponibles en la comunidad y las necesidades percibidas por los “consumidores” y evaluadas por los prestadores de servicios determinan en parte el acceso potencial a los servicios.

En la comunidad estudiada, se encontró para un mismo estrato socioeconómico características diferentes en variables socioeconómicas entre el grupo afiliado al régimen subsidiado y el del régimen contributivo; aunque son similares en cuanto a estructura demográfica, presentan discrepancias en escolaridad y ocupación que reflejan mejores condiciones para la población del régimen contributivo.

Las barreras culturales, generalmente prevalentes en la población de bajo nivel educativo, aunadas a la escasa conciencia social de la importancia de los servicios preventivos para la mayoría de los grupos poblacionales con excepción de la población menor de 5 años, parecen afectar especialmente el acceso potencial a este tipo de servicios, sentir la necesidad de usar un servicio de salud solo por prevención, tuvo una prevalencia de 19% en el régimen contributivo y del 15,8% en el régimen subsidiado, con una diferencia estadísticamente significativa, explicable en parte, por las diferencias en el nivel educativo.

También, se encontró diferencia entre los regímenes en información que se requiere para ejercer el derecho a la atención en salud, tal como la escrita sobre los derechos en salud y el portafolio de servicios, situación expuesta en párrafos anteriores, lo que resulta más favorable para el régimen contributivo aunque los hallazgos son preocupantes para ambos regímenes. Durante la aplicación de la encuesta se presentaron dificultades por el desconocimiento que los afiliados y los cuidadores y parientes tiene del tipo de subsidio. En coincidencia con Varela, Carrasquilla, Tono y Samper¹¹² las desigualdades encontradas en este estudio en la oportunidad de tener conocimientos e información para interactuar en el SGSSS determinan obstáculos en ambos grupos estudiados aunque más acentuados en el subsidiado para beneficiarse del mismo.

Dada la similitud entre las características demográficas de las poblaciones estudiadas en cada régimen, la estructura de edad y sexo de ambos grupos, marca necesidades preventivas y eventos de riesgo compartidos por ciclos de vida y grupos específicos de población; sin embargo, estas son influenciadas por las condiciones del contexto en que transcurre la vida de las comunidades. Por ejemplo, si se revisan las causas de consulta general, de hospitalización y de urgencias, la enfermedad general es la primera causa, con leves diferencias entre los regímenes dependiendo del servicio utilizado; la población afiliada al contributivo reporta más accidentes, probablemente por los riesgos laborales o los propios del desplazamiento ligado a la ocupación; la violencia y la enfermedad mental se reportan en ambos grupos y son expresiones propias del contexto social donde convive la población de uno y otro régimen.

Con relación a los recursos disponibles en la comunidad, los cuales para Frenk constituyen parte del poder de utilización, los aportes al Sistema de la población afiliada al contributivo y de los empleadores así como los del Estado traducidos en subsidios a la demanda y a la oferta constituyen uno de los recursos potenciales más importantes para el acceso a los servicios de salud; la población estudiada de ambos regímenes cuenta con este recurso y demanda los servicios en la medida en que percibe la necesidad de consultar, es así como más del 95% de los afiliados en ambos regímenes que percibió la necesidad de usar un servicio preventivo, demandó atención; y también el 92% de los afiliados al subsidiado y el 96% del contributivo que sintió la necesidad de consultar un servicio curativo por un problema de salud.

A los anteriores recursos se deben sumar los propios del desplazamiento hacia las instituciones de salud, condicionados por una de las características de la oferta, la ubicación de los prestadores e incluso de los puntos de atención al usuario de las empresas promotoras de salud, donde se autorizan actividades no capitadas. Los hallazgos del estudio muestran mejores condiciones de acceso en términos de distancia para los afiliados al régimen subsidiado. Esta condición parece ser valorada por los usuarios del contributivo al escoger una EPS y seleccionar sus

IPS, las prestadoras privadas usadas con mayor frecuencia son las ubicadas más cerca al barrio.

La población que cuenta con subsidios parciales destinados a cubrir la atención de la población materna infantil, traumatología y ortopedia y enfermedades catastróficas debe disponer de recursos para cubrir los costos de los servicios de consulta y complementarios no incluidos, los cuales, si se demuestra incapacidad de pago, deben ser prestados contra los subsidios a la oferta en la red pública de prestación.

Rubio (2008) encontró en Bogotá que alrededor de un 30% de la población usa solo recursos propios para resolver necesidades de salud, en esta proporción participan en primer lugar la población no afiliada, en segundo lugar la subsidiada y por último la contributiva. En concordancia y analizado desde la pertenencia de la institución que se consulta a la red de prestadores a los que se tiene derecho, se encontró como el 18% de los subsidiados hizo uso de otras instituciones, con diferencias estadísticamente significativa ($p < 0.05$) frente al régimen contributivo, lo cual implica gastos de bolsillo adicionales en salud.

Los afiliados al régimen contributivo deben sumar en sus gastos, además de las cuotas moderadoras y los copagos, los costos del desplazamiento hacia y desde las redes de prestación. Desde la propuesta de Frenk se podría concluir que la población del contributivo por su condición de contar al menos con una persona en los hogares con vinculación formal al sistema laboral tiene opción de contrarrestar los obstáculos o resistencias de los servicios e imponer su poder de utilización conferido por el salario, sin embargo, en esta población prima el salario mínimo legal colombiano sobre el cual los gastos de bolsillo en salud representan cerca del 6% del ingreso de las personas más pobres¹¹³.

Los resultados de este estudio muestran obstáculos como los descritos por Frenk, los cuales parecen estar transformando el sentido y los significados de la necesidad de atención en la población de ambos regímenes; las prevalencias de necesidad sentida y de uso de servicios preventivos en los tres últimos meses (17,6% y 16,6% respectivamente) y problema de salud percibidos y uso de servicios curativos en el último mes (12,9% y 11,4% respectivamente) son relativamente bajas para una población pobre, que reporta un 14% de percepción desfavorable sobre su estado de salud y una prevalencia de 11% de enfermedades crónicas. El estudio publicado en 2008 sobre equidad y acceso en la atención y equidad en la financiación en Bogotá, llama la atención sobre la baja prevalencia de necesidad sentida de enfermedad en esta población, una de las más bajas del país, estimada en el 9,2%¹¹⁴.

El país y las regiones necesitan nuevos estudios sobre necesidades en salud que profundicen en el tema y se contextualicen en la situación actual. También se requiere conocer las relaciones necesidad, demanda y oferta que permitan

establecer estas comparaciones y actualizar estándares para la programación y la evaluación.

Al respecto de las necesidades de atención, un estudio en mujeres trabajadoras informales realizado recientemente en Palmira, Valle del Cauca, el cual incluyó valoración de salud por un profesional médico independiente de la oferta de aseguramiento, encontró condiciones críticas de salud física y mental con elevadas prevalencias en enfermedades oculares (44,8%), enfermedades crónicas no transmisibles (30,8%), enfermedades circulatorias (10%), depresión mayor (35,2%), riesgo de suicidio (33,8%) y trastorno de ansiedad generalizada (10%); se resalta la presencia de comorbilidad física y mental con presentación de disfunción familiar en el 70% de las mujeres evaluadas¹¹⁵. Una situación como esta amerita una intensidad y concentración de uso importantes de servicios preventivos y curativos, en respuesta a las necesidades e inducción a la demanda; la cual está condicionada por múltiples situaciones; dado que estos aspectos profundizan en la necesidad, se requiere otro tipo de abordajes.

De otra parte, los obstáculos culturales para acceder a los servicios preventivos se reportaron con mayor frecuencia en el régimen subsidiado con relación al contributivo; esto, junto con otro tipo de barreras, propias de la organización de la oferta, puede estar relacionado con los resultados de las prevalencias de necesidades de atención tanto en servicios preventivos como curativos y determinado por el menor nivel educativo.

En el modelo teórico se presume que ante una necesidad de atención en salud el individuo desea tal atención¹¹⁶, sin embargo, hay situaciones subjetivas de la población y objetivas de la oferta que pueden estar afectando tanto la necesidad como el deseo de atención. Es decir, que percibir la necesidad de usar un servicio preventivo o de tener un problema de salud puede estar siendo influenciado por factores económicos, sociales y culturales de la población o por la resistencia de la oferta de servicios, de tal manera que el valor de la necesidad pierde fuerza y sentido a tal punto que dejan de expresarse. Esta hipótesis debería ser investigada.

En conclusión factores relacionados con los gastos de bolsillo, la asimetría en el acceso a la información sobre derechos en salud y el valor de la percepción de las necesidades en salud están afectando la capacidad de la población afiliada al subsidiado y al contributivo para buscar y obtener atención integral y continua, es decir su poder de utilización, término alternativo propuesto por Frenk para denominar el acceso real o potencial a los servicios de salud; aunque las diferencias resultan la mayoría de las veces más desfavorables al subsidiado, con excepción de los gastos de bolsillo que parecen afectar más al régimen contributivo.

8.3 ACCESO POTENCIAL: CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA

Como lo plantea Aday y Andersen, las características de la oferta incluyen la disponibilidad de los servicios y su organización, pues éstos deben estar disponibles en el momento y lugar en que el paciente los necesita y su forma de ingreso al sistema debe resultar clara.

Dadas las limitaciones de esta investigación para estudiar la oferta, derivadas de la decisión de explorar el acceso desde la perspectiva de la población, la discusión se orientará por las características de la oferta percibidas. Hipotéticamente, la población “conoce” las características de la oferta por sus experiencias en el uso de los servicios, por las referencias de otras personas o por la información que las instituciones le proporcionan. Con respecto al último aspecto ya se han mencionado los problemas del acceso a la información sobre derechos en salud y portafolio de servicios.

La ubicación de los sitios de atención en salud es una de las diferencias más notables entre los regímenes, constituyéndose en obstáculo ecológico o barrera geográfica para una importante proporción de los afiliados al régimen contributivo. Mientras la red básica de servicios del régimen subsidiado está ubicada dentro del barrio o a pocas cuadras del mismo en sectores aledaños, anulando los gastos de transporte y disminuyendo el tiempo de desplazamiento en la mayoría de los usuarios, las redes de las EPS del contributivo están por fuera del barrio, con excepción de unas pocas que contratan servicios con la Empresa Social del Estado Sur Oriente con sede dentro del barrio. Las redes del contributivo se distribuyen en toda la ciudad, con algunas concentraciones en la zona centro-sur o en la norte, en sectores donde por tradición se concentran los prestadores privados de servicios de salud y en tres sitios cercanos al barrio, como se mostró en la georeferenciación hecha para este estudio.

El Sistema ha impuesto con el propósito de regular la demanda, buscando racionalidad en el uso de los servicios cobros como las cuotas moderadoras y los copagos; con excepción de la población sisbenizada, clasificada en nivel I, quien no paga copagos ni cuotas moderadoras. Adicionalmente, los servicios no cubiertos por los planes de beneficio, especialmente por el POS-S, conocidos como No POS-S, los cuales se esperaría fueran atendidos contra subsidio a la oferta por las instituciones públicas son cobrados por los prestadores inicialmente a la población, la cual mal informada e ignorando sus derechos, paga en detrimento de otros satisfactores de las necesidades básicas del hogar, empobreciéndose aún más; ante las necesidades de salud, la población con menos capacidad de pago tiende a racionar los gastos, especialmente en los servicios ambulatorios¹¹⁷, eso puede estar implicando postergación de la consulta y podría estar relacionado con los hallazgos de este estudio los cuales confirman la gravedad de los problemas de salud en una proporción importante de los

usuarios que consultaron; la incapacidad total de realizar actividades por dicho problema de salud, no necesariamente otorgada por el proveedor de servicios, fue mayor entre los afiliados del régimen subsidiado, siendo estadísticamente significativa; una tercera parte de los usuarios se sentía gravemente enfermo.

La escasa disponibilidad de recursos en una población pobre como la de este estudio, afecta el acceso potencial y también la continuidad e integralidad de la atención, las barreras económicas identificadas en esta investigación disminuyen el acceso a la consulta médica y por especialistas, a los medicamentos y a las pruebas diagnósticas. Aunque la población subsidiada reporta mucho más que la contributiva, razones económicas para no acceder a los servicios mencionados, estas también son relevantes en el contributivo, éstas contribuyen a interrumpir en ambos regímenes los niveles de intervención necesarios en el proceso de recuperación de la salud.

Las razones para no demandar el servicio y para no ser atendido son similares entre los regímenes en cuanto a barreras administrativas --denominadas por Frenk obstáculos organizativos--, no así los obstáculos financieros o las barreras económicas, los cuales fueron mucho más frecuentes en el régimen subsidiado. Esta última situación podría ser explicada por las cuotas moderadoras, copagos y los gastos en tiempo y transporte. Todos los estudios y documentos revisados relacionados con acceso dan cuenta de las barreras en el sistema de salud colombiano, algunas son estructurales debido al diseño del sistema y a los contenidos de los planes de beneficio, otras generadas en la intermediación entre las aseguradoras y las prestadoras y las propias de la organización de los servicios de salud.

La calificación de aspectos específicos de los servicios realizada por los usuarios, la cual permite acercarse a otras características de los mismos se discutirá mas adelante, desde la satisfacción del usuario.

8.4 ACCESO REALIZADO: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con respecto a la utilización de servicios, debido a que no siempre todos los individuos que desean ingresar al sistema lo logran, es necesario aplicar un tipo de validación externa, que indique si las características de la población y las de la oferta determinan una diferencia en la obtención de la atención, para esto Aday y Andersen proponen examinar factores propios de la utilización de los servicios de atención, en poblaciones específicas en el transcurso del tiempo. En el presente estudio las variables de utilización se exploraron en la población y no en las prestadoras de servicios.

Los hallazgos del estudio muestran como más del 95% de la población del barrio afiliada al contributivo y al subsidiado que demanda un servicio preventivo o curativo es atendida. Esto significa que la entrada al sistema opera para quien expresa la necesidad y por consiguiente justifica la estrategia de inducción a la demanda, dadas las bajas prevalencias de uso encontradas entre los afiliados a ambos regímenes.

Llama la atención este resultado al compararlo con la ENS, 2007¹¹⁸, la cual reportó prevalencias de consulta por un problema de salud, en la población de 6 a 69 años distribuida por regímenes de afiliación incluyendo los no afiliados, para el régimen contributivo del 55% y en el régimen subsidiado del 44%. De otra parte, en Bogotá Rubio-Mendoza, 2008, encontró entre quienes tuvieron un problema de salud como el 81,6% de la población del contributivo y el 73,2% del subsidiado acceden a los servicios de salud¹¹⁹. Los hallazgos de este estudio en el barrio República de Israel muestran un indicador muy positivo para quienes demandan atención en el primer contacto con el sistema de salud. Sin embargo, los resultados muestran como la población afiliada al régimen subsidiado presenta más problemas y mayor necesidad de atención que el contributivo, pero que en términos de población atendida la diferencia es relativamente pequeña.

Pero la situación cambia cuando se estima el uso de los servicios con relación al tamaño de la población; como se mencionó anteriormente las prevalencias de necesidad sentida y de uso de servicios preventivos en los tres últimos meses y problema de salud percibidos y uso de servicios curativos en el último mes son relativamente bajas frente a una población pobre con alta prevalencia de enfermedades crónicas y un perfil demográfico en transición. Alrededor de una sexta parte de la población en el caso de los servicios preventivos y de una decima parte, en el caso de los curativos, cumple secuencialmente tres condiciones: (1) siente la necesidad de consultar, (2) demanda y (3) usa los servicios.

8.4.1 Acceso realizado a los servicios preventivos

Se encontraron diferencias significativas entre los dos regímenes estudiados con respecto a la necesidad de consultar servicios preventivos, siendo la prevalencia más alta en el régimen contributivo; no así frente a la demanda y a la atención. En el caso de los programas de demanda inducida, la necesidad sentida observada puede ser el reflejo de la publicidad más que de las experiencias del usuario.

La baja utilización de los servicios preventivos para ambos regímenes también fue encontrada por Realpe (2002) en Manizales¹²⁰ y se constata en la Encuesta Nacional de Salud 2007¹²¹, según la cual en la distribución por regímenes de afiliación de las prevalencias de uso de servicios preventivos en el último mes para

la población entre 6 y 69 años se encontró alrededor del 20% para el contributivo y 13% para el subsidiado; cerca del 16% del total de la población uso un servicio preventivo en el último mes.

Es notable en este estudio el uso de la consulta o el chequeo médico auto reportado como servicio preventivo, el cual ocupa el primer lugar entre las frecuencias de necesidad sentida para ambos regímenes, esto podría significar un desplazamiento de los programas de salud pública. Frente al uso de programas preventivos, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres por grupos de edad y entre regímenes, con resultados muy positivos en los grupos de menores de un año para el programa ampliado de inmunizaciones y el control de crecimiento y desarrollo; los servicios preventivos odontológicos fueron pobremente reportados en la población en edad escolar, con un ligero incremento en las mujeres de 10 a 14. Entre las mujeres de 45 a 79 años, 2 de cada 100 se tomaron la citología vaginal en los últimos tres meses y 4 de cada 100 en el grupo de 20 a 44 años; el examen de mama y la planificación familiar tienen reportes de uso muy bajos. En la distribución por sexo, el programa del adulto mayor, es utilizado por debajo de un 20% en los hombres y las mujeres del grupo de 45 a 79 años. Aunque las proporciones de uso del programa de salud mental auto reportadas fueron bajas, se percibe su uso por algunas mujeres en casi todos los grupos de edad.

Lo descrito en el párrafo anterior amerita la revisión de varios aspectos: la relevancia social de los programas preventivos, la promoción del acceso y la utilización de los mismos y el estado actual de la oferta de servicios preventivos.

8.4.2 Acceso realizado a los servicios curativos

Con relación al acceso a los servicios curativos, se encontró diferencia significativa favorable al régimen contributivo frente a sentir la necesidad de consultar por un problema de salud. La mayoría de las personas de ambos regímenes que tiene un problema de salud y siente la necesidad de usar un servicio es atendida.

Este resultado supera de manera importante los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud 2007¹²², donde las prevalencias, incluyendo los no afiliados se situaron alrededor del 50%. La situación es una franca ganancia del sistema y podría traducirse en beneficios importantes si se lograra integralidad en la atención y se mejorara el acceso a medicamentos, pruebas diagnósticas y servicios especializados, problemas evidentes en esta investigación que además revelan prestaciones inequitativas para el régimen subsidiado. Es así como: un 14,3% del contributivo y el 26,8% del subsidiado ($p < 0,05$) no accede a todas las pruebas de laboratorio ordenadas; un 12,2% de los afiliados al contributivo y un 44,1% de los subsidiados ($p < 0,05$) no accede a los medicamentos prescritos; el

15,1% del contributivo y el 24,7% del subsidiado no acceden a la consulta con especialista ($p=0,957$). Las segundas especialidades no fueron usadas por los afiliados al régimen subsidiado.

Con respecto a los servicios de hospitalización, por régimen de afiliación, los usuarios que recibieron una orden correspondieron al 9,7% del contributivo, y el 20,0% del subsidiado, diferencias estadísticamente significantes ($p=0,024$). Entre éstos, el 90,8% del contributivo y el 88,3% del subsidiado fueron internados al menos por una noche. Con relación al tiempo transcurrido entre el momento en que el profesional de salud le dio la orden y el momento en que le hospitalizaron se encontró como el 27,1% de los usuarios del contributivo esperó entre 3 a 29 días, así como el 12,2% del subsidiado e incluso un 5,1% de los subsidiados reportó esperas mayores a 30 días. Estos periodos están relacionados con la disponibilidad de camas en la red hospitalaria; después de la enfermedad general, la cual ocupó el primer lugar en causas de hospitalización para ambos regímenes, aparece la cirugía programada en el contributivo, esto podría explicar los tiempos superiores de espera para este régimen en el rango de 3 a 29 días.

Con relación al uso de los servicios de urgencias en el último año, el 49,6% de los afiliados al régimen contributivo, y el 38,7% de los afiliados al subsidiado, quienes tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud en el último mes, sintieron o tuvieron la necesidad de usar el servicio de urgencias en el último año; el 100% de éstos acudieron al servicio y fueron atendidos, estas cifras resultan similares a las de la Encuesta nacional de salud, 2007¹²³. Con relación a las causas de consulta, la enfermedad general es la principal causa con proporciones similares entre los dos regímenes; la enfermedad o problema mental así como las lesiones por violencia con proporciones bajas, se reportan un poco más altas en este estudio con respecto a la ENS; la enfermedad general aparece en mayor proporción en el régimen subsidiado, mientras la enfermedad mental y la violencia solo en el contributivo; las lesiones por accidentes se duplican en el contributivo con respecto al subsidiado.

El promedio anual de frecuencia de uso del servicio de urgencias fue de 2,49 [DE=2,04], con valores extremos de uno y doce veces. El 50,0% reportó dos o menos consultas al servicio de urgencias en el último año; para los afiliados al contributivo fue mayor el uso dos veces al año y entre cinco y doce veces; por su parte, en los afiliados al subsidiado la frecuencia de uso se concentró en una vez, y entre tres y cuatro veces. La consulta de urgencias fue reportada como lugar para resolver necesidades sentidas de servicios preventivos y puede ser una vía para obtener respuestas con menores trámites a problemas que deberían ser resueltos en servicios ambulatorios, como lo reportó el estudio sobre acceso a los servicios de urgencias en Medellín, publicado en 2006, donde la principal causa de no admisión fue por considerarse la causa de consulta como no urgente y en mayor proporción en los niveles 1 de atención, con un 80.2 %¹²⁴.

8.5. ACCESO REALIZADO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Andersen también incluyó la subjetividad de los usuarios de los servicios en las evaluaciones a través de medir la conformidad o el descontento de los individuos para obtener un servicio de salud, mientras que Freeborn y Greenlick, citados por Andersen¹²⁵, proponen basarse en la opinión de los pacientes sobre la disponibilidad de los servicios en el momento y el lugar requeridos y por la mejoría que perciben como resultado de la atención recibida.

Los resultados de este estudio muestran una insatisfacción generalizada de los usuarios con algunas de las características de los servicios curativos y con la resolución de los problemas por los cuales se consulta. Con diferencias entre los regímenes y según el tipo de servicio y la variable calificada.

En la consulta por un problema de salud, los aspectos que generan mayor insatisfacción tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado son la duración de la consulta y la resolución del problema; se encontraron diferencias significativas en el tiempo de espera y en la ubicación del sitio; mientras los afiliados al subsidiado se sienten más insatisfechos con el tiempo de espera, los afiliados al contributivo con la ubicación del sitio.

El 17,1% de los afiliados al contributivo y el 10,0% de los afiliados al subsidiado consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud ($p=0,533$). En ambos regímenes la principal razón para consultar a otra persona fue la insatisfacción, 70,6% en el contributivo y 100% en el subsidiado.

En el servicio de pruebas diagnósticas, la duración de la atención y el tiempo de espera fueron las características que generaron insatisfacción en los usuarios de ambos regímenes. Mientras en el contributivo se percibieron más insatisfechos con la información recibida, la ubicación del sitio, el tiempo de espera y el tiempo de entrega de los resultados, en el subsidiado primó la duración de la atención, el trato recibido, la forma en que le hicieron el procedimiento y la comodidad.

Con respecto al servicio de farmacia, la duración de la atención, la entrega total de los medicamentos, la ubicación del sitio y el tiempo de espera fueron los aspectos que generaron insatisfacción en las mayores proporciones. La comparación por régimen muestra mayor insatisfacción entre los usuarios del subsidiado. Con relación a la ubicación del sitio, también el subsidiado supera al contributivo en las calificaciones desfavorables.

Frente a la consulta por especialistas, se encontraron para el contributivo y el subsidiado, importantes porcentajes de insatisfacción con relación a la resolución del problema y la ubicación del sitio. 43,3% del contributivo valoró negativamente el tratamiento ordenado, el 31% la información recibida y el 35,7% la forma en que

le examinaron. La comparación mostró diferencias importantes, con significancia estadística en el “tiempo para ser atendido en sala de espera” y la comodidad, afectando en ambos casos mucho más al régimen subsidiado.

La calificación de las características del servicio de hospitalización mostró similitud y satisfacción con la atención recibida del profesional médico; se percibió insatisfacción entre los usuarios del subsidiado con porcentajes alrededor del 35% en el tiempo de espera para ser hospitalizado, la duración de la hospitalización, la privacidad; mientras cerca de un 30% de los usuarios del contributivo valoraron negativamente la atención por el personal de enfermería, el trato recibido y la resolución del problema.

En el servicio de urgencias, se encontraron percepciones negativas importantes en el contributivo y el subsidiado para la resolución del problema, el tiempo de espera para ser atendido por el médico y la duración de la atención. Entre los usuarios del subsidiado se obtuvieron porcentajes más altos de insatisfacción para comodidades, información recibida, privacidad, duración de la atención y tiempo para ser atendido. El tiempo para ser atendido por el médico obtuvo calificaciones más positivas en el contributivo. Se encontró diferencia significativa en la privacidad, afectando ostensiblemente al subsidiado.

En concordancia con la ENS, 2007, se encontró que los proveedores de servicios están dando a la mayoría de los usuarios información durante la atención, con similaridad en ambos regímenes, sin embargo esta investigación profundizó en el contenido de la información y se encontró que ésta no es completa, casi un 50% de los usuarios no son informados sobre su tratamiento y porcentajes mayores no reciben información sobre cuidados a seguir o sobre su tratamiento. Las deficiencias en información pueden afectar la continuidad del autocuidado y relativizar la importancia de las pruebas diagnósticas o del tratamiento, las cuales generan gastos adicionales para la población, la decisión es del usuario y ante las limitaciones económicas ésta puede ser postergada o finalmente descartada.

Estos resultados cuestionan la implementación del sistema de garantía de la calidad en los prestadores de servicios, tanto públicos como privados, aunque deben alarmar especialmente a la red pública, la cual parece aportar a la inequidad entre los regímenes. También implican revisar los criterios con los cuales las aseguradoras seleccionan las redes de prestación de servicios.

8.5.1 Financiación

En el barrio República de Israel, al igual que en todo el país, los afiliados al régimen contributivo y subsidiado a través del aseguramiento financian sus gastos en salud en la medida en que demandan la atención y la cobertura de su póliza, en relación al plan de beneficios que los cubre. Sin embargo, los copagos, las

cuotas de recuperación, los servicios no cubiertos, la búsqueda de atención por fuera de la red a la que se tiene derecho genera gastos de bolsillo tanto para la población afiliada al contributivo como para la subsidiada con una carga superior para los usuarios afiliados al contributivo; la única excepción fue para el servicio de hospitalización.

Con excepción de la hospitalización, el valor moda pagado en cada tipo de servicio fue \$2000 c/te, lo cual significa que muchos de los usuarios pagaron la cuota moderadora mínima establecida para el contributivo en el 2009. Esto también significa que en el caso del contributivo los afiliados perciben el salario mínimo mensual legal vigente y en el subsidiado pagan las personas clasificadas en nivel II de SISBEN.

El 56,8% de la población que usó un servicio curativo de salud en el último mes tuvo que pagar por el servicio consultado, el valor promedio de pago fue \$9.815 [DE=7.939,87]. Pagó el 58,9% de los afiliados al régimen contributivo y el 41,4%, del subsidiado ($p=0,007$). En el caso de los afiliados que consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud, reportó pagos el 57,5% del contributivo y el 55,6% del subsidiado; el comportamiento fue similar al encontrado durante la primera atención. Aunque varios de estos pagos se hicieron por fuera del sistema.

El 48,8% de la población que se tomó todas o algunas de las pruebas diagnósticas tuvo que pagar, el valor promedio fue \$7.180,9 [DE=8.126,305]. Mientras en el régimen contributivo pagó el 61,9% en el subsidiado el 32,7% ($p=0,035$).

El 47,7% de los encuestados que reclamó los medicamentos tuvo que pagar por este servicio, el valor promedio fue \$4.953,49 [DE=10.669,392]. Pagó el 70,5% de los afiliados al contributivo frente al 17,0% del subsidiado ($p<0,05$).

Entre quienes consultaron al especialista, el 39,3% pagó por el servicio, el valor promedio fue de \$13.677,52 [DE= 42.284,195]. Pagó el 46,5% de los afiliados al contributivo y el 30,9% del subsidiado.

El 38,6% de los usuarios que fueron hospitalizados durante el último año pagó por el servicio, el valor promedio fue \$137.790,97, la mediana \$120.000,00 y el dato moda \$16.200 [DE=112392,334]. Contrario al comportamiento para los anteriores servicios, en el análisis por régimen la proporción del subsidiado que pagó fue más alta que la del contributivo, 42,9% y 31,7% respectivamente.

El 27,8% de los usuarios de un servicio de urgencias pagó algo por el servicio, el valor promedio fue \$15.245,30 [DE=40529,002]. El 31,4% de los afiliados al contributivo y el 22,1% del subsidiado reportaron pagos, es posible que la demanda de servicio de urgencias responda a la consulta prioritaria.

En el caso de los servicios de hospitalización y de urgencias, los gastos en salud de la población están relacionados con servicios no POS-S y copagos afectando de manera regresiva la equidad en la financiación en el régimen subsidiado.

Un estudio realizado en Cartagena sobre gasto privado en salud en hogares encontró como una familia que pertenece a los estrato 1 ó 2, tiene ingresos menores y muchas veces inciertos en comparación con estratos superiores. Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud en proporción al ingreso del hogar, es mayor en dicha familia, lo cual muestra una clara situación de inequidad vertical en el financiamiento del sistema de salud. Dicho estudio concluye que los estratos más bajos (1 y 2) incurren en un gasto de bolsillo mayor con relación a su ingreso, que los estratos más altos.¹²⁶

Los resultados del presente estudio muestran, tanto para el subsidiado como para el contributivo, como algunos hogares se han visto obligados a incurrir en pagos que superan la capacidad económica, por ejemplo, para cubrir gastos en salud de hospitalización algunas personas recurrieron a la caridad pública y al reciclaje, lo que soporta las declaraciones de la OMS, quien considera que cuando los hogares incurren en un gasto en salud mayor del 30 % de su ingreso, se está frente a una situación de catástrofe económica para el hogar.

En acuerdo con el estudio de Cartagena, *“el gasto puede llegar a hacerse insostenible para hogares que pertenecen a un estrato de población con ingresos mensuales relativamente bajos”* y por consiguiente *“falta equiparar las cargas para obtener mejores resultados”*.

8.4 VALIDEZ DEL ESTUDIO

Se destacan varios aspectos. Por un lado el marco teórico es consistente con las características propias del fenómeno y la población estudiada, orientó el diseño del estudio y facilitó la discusión de los resultados.

De otro lado la utilización de preguntas validadas en estudios nacionales, la aplicación de dos pruebas piloto, la metodología de muestras complejas, un tamaño robusto de muestra y el seguimiento estricto al cumplimiento de los aspectos del diseño, la recolección y el procesamiento de la información, dan cuenta de la validez.

Lo anterior soporta la inferencia de los resultados a la población, no solo del barrio sino de la comuna. Siendo la población colombiana mayoritariamente pobre, la situación encontrada en este estudio podría ser generalizable a la de otros grupos humanos que viven en contextos similares.

Los resultados del estudio mostraron coincidencias con encuestas nacionales y con otras investigaciones, por su carácter exploratorio, algunas variables no han podido ser contrastadas con otros estudios pues no han sido investigadas.

Son limitaciones la falta de consulta de fuentes institucionales para caracterizar la oferta de servicios y la metodología para explorar necesidades en salud, que aunque coincide con la forma en que los estudios nacionales se están aproximando no parece ser sensible para identificarlas y medirlas.

8.5 PROYECCIONES DEL ESTUDIO

Con la información que se ha recolectado en este proyecto es posible que se puedan realizar otro tipo de procesamientos, tales como la aplicación de técnicas multivariadas, que pueden ser del tipo explicativas o descriptivas de acuerdo con la metodología utilizada, entre las que pueden estar, para las explicativas: análisis de regresión múltiple, análisis discriminante, análisis multivariado de varianza y covarianza, análisis de regresión logística y ecuaciones lineales estructurales; y para las descriptivas: análisis de datos categóricos, correlación canónica, análisis de clúster, análisis factorial y de componentes principales.

Todos los análisis antes mencionados pueden ser aplicados para responder preguntas de nuevas investigaciones, dada la complejidad del procesamiento que requieren, además de la verificación de supuestos y posterior interpretación de resultados, lo cual demanda gran cantidad de tiempo y supera los recursos disponibles para esta investigación.

Específicamente, como la necesidad sentida es una variable dependiente de tantas covariables sería interesante hacer una regresión logística donde la variable dependiente sea tener o no necesidad sentida (una OR) y como variables explicativas se incluyan tipos de servicio, sexo, edad, régimen de afiliación, aseguradora, entre otros. Por supuesto, verificando que se cumplan los supuestos para una regresión. Un análisis similar debería hacerse para la demanda expresada y para la demanda atendida.

8.6 RELEVANCIA DE LOS RESULTADOS PARA LA SALUD PÚBLICA

Según la OPS (2002), uno de los retos de la salud pública es mejorar las prácticas sociales específicas y necesarias para la atención en salud; las cuales se

relacionan con la demanda social y con una oferta de servicios en salud en respuesta a los problemas, necesidades y demandas de atención¹²⁷.

Los resultados de esta investigación aportan a dicho reto en la medida en que describen en la operación del sistema y desde la voz de las comunidades, hechos relacionados con el acceso a los servicios de salud, amplían y profundizan en las características de los mismos, los relacionan con los atributos, percibidos por los usuarios, de la oferta de servicios y con la experiencia de uso reportada por los mismos y vinculan todo lo anterior con los marcos políticos que regulan y estructuran la prestación de servicios en el sistema de salud.

En el marco local, los resultados aportan, tanto a la comunidad como a las instituciones, información útil para modificar prácticas sociales relacionadas con el acceso potencial y real a la atención en salud.

En el marco municipal, relevan aspectos fundamentales que deben ser atendidos para avanzar en el cumplimiento de dos de las funciones esenciales de la salud pública: evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios y garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos. Estos resultados pueden ser además referentes de trabajo para el seguimiento de las metas en salud pública, la evaluación de resultados, la promoción de la participación comunitaria, entre otros.

En el marco nacional, los resultados deben alertar a los organismos de dirección, regulación y control sobre la brecha entre las intenciones de las reglas o principios del servicio público de atención en salud relacionadas con el acceso y los resultados; situación que aleja al Sistema del cumplimiento de los preceptos constitucionales. Bajo el supuesto del interés nacional por mejorar los resultados en salud, los resultados de esta investigación, de otras recientemente publicadas, así como la jurisprudencia en materia de acceso a los servicios de salud deberían ser usados para tomar decisiones sobre el sistema.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El acceso potencial y real a los servicios de salud de la población de estrato socioeconómico II de un área urbana de Santiago de Cali se afecta por el tipo de aseguramiento en salud. Hay diferencias, algunas con significancia estadística, en las características de la población y de la oferta que influyen en el acceso para los dos grupos estudiados: los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al subsidiado. Estas diferencias se constituyen en desigualdades en unos casos e inequidades en otros, dependiendo de las condiciones de vida, las necesidades de la población y la respuesta institucional.

Las dos poblaciones estudiadas, comparten la misma estratificación socioeconómica, correspondiente a condiciones de pobreza, pero tienen diferencias en nivel educativo, ocupación e ingresos, las cuales favorecen al régimen contributivo e influyen en la cultura en salud y las decisiones al respecto. Por consiguiente, las intervenciones de salud pública deben contemplar estas diferencias en las estrategias de promoción del acceso y también establecer alianzas intersectoriales, experiencias institucionales y comunitarias que promuevan modificaciones en la cultura y la educación en salud.

Ambas poblaciones cuentan con los recursos propios de sus pólizas de aseguramiento para cubrir las necesidades en salud, las cuales son inequitativas pues otorgan más beneficios a la población del contributivo; sin embargo, los copagos y las cuotas moderadoras y los gastos de desplazamiento, implican gastos de bolsillo en esta población que desestimulan la demanda, dado los bajos ingresos. Una situación similar viven los afiliados al régimen subsidiado con nivel II del SISBEN, la cual empeora para quienes tienen subsidios parciales, agravada por sus características socioeconómicas. Por lo anterior, el sistema de seguridad social colombiano debe estudiar más a fondo las implicaciones económicas para las poblaciones pobres; los servicios preventivos están libres de las cargas adicionales, así que deberían ser más desarrollados y promocionados para actuar mucho más sobre los riesgos y controlar los eventos.

Al respecto de los servicios preventivos, los resultados de este estudio son un hallazgo dramático para la salud pública, que amerita ejercicio de la autoridad sanitaria en los territorios, información y educación a la comunidad, inducción a la demanda, endurecimiento de la interventoría de contratos de aseguramiento del régimen subsidiado, seguimiento intensivo a las metas de cobertura de los programas de salud pública basado en la estructura demográfica de la población y no en los históricos de prestación del servicio, entre otros.

La población de ambos regímenes encuentra características tanto satisfactorias como insatisfactorias en la oferta de servicios de salud, con diferencias

importantes en las percepciones para ambos grupos en algunos aspectos y similitudes en otros, las cuales pueden estar generadas por las características de la oferta de una gran diversidad de prestadores privados en el caso del régimen contributivo; sin embargo, en el subsidiado, las percepciones de los usuarios son casi exclusivas para el Hospital Carlos Carmona, por consiguiente los resultados de este estudio deberían ser de gran utilidad para esta institución así como para las aseguradoras a las cuales pertenece esta población.

Según los resultados de este estudio, la población de ambos regímenes está siendo atendida cuando demanda los servicios en respuesta a una percepción de necesidad; sin embargo, las barreras económicas y administrativas están afectando la integralidad y la continuidad de la atención en una proporción importante de los usuarios. Es necesario resaltar que la satisfacción subjetiva presenta serias limitaciones como indicador de calidad de los servicios de salud. En este estudio llama la atención el contraste entre las profundas fallas observadas en el sistema y niveles de satisfacción paradójicamente altos. De qué sirve acceder a la consulta médica si no se accede a las pruebas diagnósticas necesarias para confirmar los diagnósticos y tampoco a los medicamentos necesarios para el tratamiento? Qué relación tiene esta situación con el sentimiento generalizado, de una proporción importante de usuarios, acerca de que el servicio no resuelve el problema?

El análisis de los resultados relacionados con la necesidad sentida de servicios preventivos y curativos ha generado una hipótesis acerca de que la percepción de las necesidades en salud se modifica y evoluciona de acuerdo a factores como los sentidos y significados que la gente construye en sus experiencias de consumo, las capacidades de la población, el contexto, los recursos y la respuesta institucional; se requieren nuevos estudios con capacidad de profundizar en las representaciones sociales de las necesidades en salud, con mayor sensibilidad y especificidad para estudiar las necesidades y la complejidad de las relaciones entre los factores mencionados.

Aunque el estudio no desarrolló el tema de la estratificación socioeconómica pues solo usó esta variable para encontrar una comunidad con cierto grado de homogeneidad socioeconómica, de manera que se pudiera comparar el acceso entre regímenes de afiliación, también sus resultados generan cuestionamientos sobre la concepción y la operación de sistemas de focalización que actúan simultáneamente para el manejo de subsidios cruzados: la estratificación socioeconómica y los regímenes de aseguramiento.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.
- ² Daniels N, y colaboradores. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos N° 3, 2000.
- ³ Secretaria Municipal de Salud de Cali, CEDETES. Modelo de salud para Cali. Propuesta. Lineamientos conceptuales y operativos. [CD-ROM] Santiago de Cali. 2007.
- ⁴ Grupo de economía de la salud GES. Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993-2007. Observatorio de la seguridad social. Facultad de ciencias económicas. Universidad de Antioquia. 2007 Abril; Año 6 N. 15. Medellín.
- ⁵ Gonzáles JI. Citado por Grupo de Economía de la Salud GES. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Observatorio de la Seguridad Social. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Antioquia. 2005 Junio. Año 4 N. 10. Medellín.
- ⁶ Gomez LA; Tovar HC y Agudelo, CA. Utilización de los servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del plan obligatorio de salud en Colombia. Rev. Salud pública. 2003; 5 (3): 246-262.
- ⁷ Ruiz F, Acosta N, Ardila Z, Eslava J, Peñaloza E, Puente C et al. Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso. Fundación Corona y CENDEX, Pontificia Universidad Javeriana. 1999. Santafé de Bogotá.
- ⁸ Tono T. Access to health care in Colombia: The effects of income and provider availability on the use of medical services in seven cities [dissertation] University of California, Los Angeles; 2000
- ⁹ Restrepo, J. Qué enseña la reforma colombiana de los mercados de salud. 2003. Bajado en Noviembre 3 de 2007. Disponible en <http://www.gerenciasalud.com/art488.htm>
- ¹⁰ Universidad de Antioquia. Grupo de Economía en Salud GES. Equidad en Salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Observatorio de la seguridad social. 2005; Año 4 N. 10. Medellín.
- ¹¹ Ramirez H, Velez S, Varas V, Sanchez, C, Lopera, J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. Revista Colombia Médica, 2001; vol 32, numero 1, pp 10-13.

-
- ¹² Rendón LF, Miyaerlandi T, Llanos G. Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali. *Colombia Med*; 2001; vol 32 No.1. pp 57-64.
- ¹³ Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. *Revista Colombia Médica*, 2002; vol 33, numero 3; 102-107.
- ¹⁴ Villarreal G, Month E. Oportunidades perdidas de atención en salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Sincelejo, 2003. Investigación original. *Rev Fac Med Univ Nac Colombia* 2005; Vol 53 No. 2.
- ¹⁵ Torres M, Hernández N. El caso Colombiano: el mercado no es para todos y todas. En *Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES. Sin fecha.
- ¹⁶ Arbeláez P. y otros, Tuberculosis Control and Managed Competition in Colombia. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19:S25-43.
- ¹⁷ Ayala C, Kroeger A. La Reforma del Sector Salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cuad. Saúde Pública*; 2002; 18(6):1771-81.
- ¹⁸ Molina G. An Examination of the Decentralization of the Health Sector in Colombia. [Dissertation] The University of Birmingham, England. 2003.
- ¹⁹ Gómez R. La Mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. [Tesis]. Universidad de Alicante. Programa de Doctorado en Salud Pública. España 2006.
- ²⁰ Ministerio de la Protección Social. Indicadores Básicos 2005. Colombia.
- ²¹ Quintero A. La Mortalidad Materna como indicador de impacto de la política sanitaria en Colombia. 1985-2002. [Tesis]. En publicación.
- ²² República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. CONPES Social N. 91. Objetivos de desarrollo del Milenio. Bogotá, 14 de marzo de 2005.
- ²³ Acosta N, Durán L, Eslava J, Campuzano JC. Determinants of vaccination after the Colombian health system reform. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 June [cited 2008 Jan 12]; 39(3): 421-429. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300013&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-89102005000300013
- ²⁴ Acosta Ramírez Naydú, Rodríguez García Jesús. Inequity in infant vaccination coverage in Colombia 2000 and 2003. *Rev. salud pública* [serial on the Internet]. [cited 2008 Jan 12]. Available from:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000400009&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0124-00642006000400009

²⁵ INS. Subdirección epidemiología. Informe de Gestión. Colombia. 2003.

²⁶ Ibid.

²⁷ Ministerio de la Protección Social. Situación de malaria en Colombia. Bogotá. 2005.

²⁸ Daniels N, y colaboradores. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos N° 3, 2000.

²⁹ OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.

³⁰ Varela C, Carrasquilla G, Tono T. Asimetría en la información, Barreras para la implementación de las reformas en salud en Colombia. Colombia Médica. 2002; Vol. 33, No 003 pp 95-105.

³¹ Secretaria Municipal de Salud de Cali, CEDETES. Modelo de salud para Cali. Propuesta. Lineamientos conceptuales y operativos. 2007. Obtenido en diciembre 1 de 2007. Disponible en http://www.cedetes.org/modelo/files/MODELO_DE_SALUD_PARA_CALI.pdf

³² Alleyne G. Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos. Rev Panam Salud Pública. 2002; 12(6): ii.

³³ OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.

³⁴ Ibid.

³⁵ Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en salud. Centro de comunicación y educación, programa de desarrollo de políticas de salud (HSP). 1991. Diciembre, OMS.

³⁶ Krieger N. Glosario de Epidemiología Social Parte II. OPS. Boletín epidemiológico. 2002; Vol. 23 No. 2: 3-4.

³⁷ Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Principios y conceptos básicos de equidad en salud. Washington, D.C.: OPS;1999.

³⁸ Gravelle, Morris y Sutton. Economic studies of equity in the consumption of health care. 2005. Mimeo, a ser publicado por Elgar en 2006.

³⁹ OPS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.

-
- ⁴⁰ Grupo de Economía de la Salud GES. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Observatorio de la Seguridad Social. 2002. Año 4 N. 10.
- ⁴¹ Beltrán R, Muñoz C. Focalización en salud. Conceptos y análisis de experiencias. Iniciativa regional de la reforma del sector salud para América latina y el Caribe. 2002.
- ⁴² Vargas et al, 2002. Citado por Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH) – Capítulo de las Américas. Equidad y reformas del sector salud en América Latina y El Caribe: Enfoques y limitantes durante el periodo 1995 – 2005. Abril 2006.
- ⁴³ Frenk J. El concepto y la definición de accesibilidad. En Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Kerr L. White et al. 1992; Washington, D.C: OPS.
- ⁴⁴ Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidad de salud, servicios y tecnología. 1991; Barcelona: Masson.
- ⁴⁵ Donadebian A. Aspects of medical care administration. Specifying requirements of health care. 1973; Cambridge, MA; Harvard University Press.
- ⁴⁶ Donadebian A. The quality of care. How can it be assessed?. Arch Pathol Lab Med.; 1997. (121): 1145-1150.
- ⁴⁷ Arrendondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública Méx; 1992; Vol. 34 (1): 36-48
- ⁴⁸ Aday LA, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Kerr L. White et al. Washington, D.C: OPS. 1992
- ⁴⁹ Mogollón, S. Acceso de la población desplazada por el conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia. [Tesis]. 2004. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina. Bellaterra.
- ⁵⁰ Andersen, R. et al. The public's view of the crisis in medical care: An impetus for changing delivery systems? Econ and Bus Bull. 1971. 24:44 Fall.
- ⁵¹ Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health; 2004; 58: 655_658. www.jech.com
- ⁵² Frenk J. *Op.Cit.*
- ⁵³ Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, 1988: 78-81.

-
- ⁵⁴ Canales M, Almada B y Navarro R. Citados por Arrendondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Méx*; 1992; Vol. 34 (1): 36-48
- ⁵⁵ Ruiz F, Acosta N, Ardila Z, Eslava J, Peñaloza E, Puente C, Reyes S. Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso. Fundación Corona. Cendex - Pontificia Universidad Javeriana; Bogotá, 1999.
- ⁵⁶ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. EURO/WHO, Copenhagen; 1990.
- ⁵⁷ Fleury S. 1997, citado por Spinelli H, Urquía M, Bargalló M, Alazraqui M. Equidad en Salud. Teoría y Praxis. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Universidad Nacional de Lanús. Argentina. 2002.
- ⁵⁸ Frankel S. Health Needs, Health-Care Requirements, and the Myth of Infinite Demand. *Lancet*, 1991; 337: 1588-1590.
- ⁵⁹ Frenk J. La salud de la población hacia una nueva salud pública. En la Ciencia para todos. 1997. Obtenido en diciembre 14 de 2007. Disponible en <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>
- ⁶⁰ Barrenechea J, Trujillo E, Chorny A. Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y la administración de los sistemas de salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 1990.
- ⁶¹ Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*; 2004; 58: 655_658. www.jech.com
- ⁶² Idib.
- ⁶³ Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1149-62.
- ⁶⁴ Mechanic D. 1978, citado por Gulliford, M, Figueroa-Munoz, J, Myfanwy Morgan, M, Hughes, D, Gibson, B, Beech, B, Hudson, M. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy* 2002; Vol 7 No 3, 186–188.
- ⁶⁵ Vid H. Heller, 1985. Citado por Carmona E. El principio de igualdad material en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. *Revista de Estudios Políticos* 1994; Núm. 84, págs. 271 y sigs.
- ⁶⁶ Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH) – Capítulo de las Américas. Equidad y reformas del sector salud en América Latina y El Caribe: Enfoques y limitantes durante el periodo 1995 – 2005. Abril 2006.
- ⁶⁷ Laurell 2001. Citada por Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH) – Capítulo de las Américas. Equidad y reformas del sector salud en

América Latina y El Caribe: Enfoques y limitantes durante el periodo 1995 – 2005. Abril 2006

⁶⁸ Hernández 2002. Citada por Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH) – Capítulo de las Américas. Equidad y reformas del sector salud en América Latina y El Caribe: Enfoques y limitantes durante el periodo 1995 – 2005. Abril 2006

⁶⁹ Alcaldía Municipal de Santiago de Cali. Planeación Municipal. Cali en Cifras. Obtenido en abril 15 de 2007. Disponible en <http://planeacion.cali.gov.co/contentmgr/default.asp?id=157>

⁷⁰ Sugden, R.A., Smith, T.M.F. (2006), “Domains of Study and Poststratification”, en *Journal of Statistical Planning and Inference*, vol. 136, pp: 3307 – 3317.

⁷¹ Instituto Nacional de Estadística (INE) (2004), “Ajuste de los factores de Expansión por postestratificación”, Programa para el mejoramiento de las encuestas y la medición de las condiciones de vida en América Latina y El Caribe, MECOVI, [en línea], disponible en <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/taller14.htm>, recuperado: 1 de noviembre de 2007.

⁷² Colombia, Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión. Sentencia N° T-760 de 2008. Bogotá, DC, Colombia : s.n., 31 de Julio de 2008.

⁷³ Colombia. Constitución Política de Colombia. Actualizada con todos los Actos Legislativos expedidos hasta el 2004. Bogotá, Colombia : Biblioteca Enrique Low Murtra – BELM -, 2005.

⁷⁴ Colombia, Congreso de la República. Ley 100. www.lexbase.com. [En línea] 23 de diciembre de 1993. [Citado el: 2 de Agosto de 2009.] http://www.lexbase.com/INT/Ley_100_de_1993b.htm.

⁷⁵ Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo N. 267 de 2004,. Bogota: El Ministerio; 1990 : s.n.

⁷⁶ Colombia, Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007. Bogotá : El Congreso, 9 de enero de 2007.

⁷⁷ Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo N. 008 de 1994, julio 6. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo. Bogotá: El Ministerio; : s.n., 1994.

⁷⁸ Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261. Bogotá D.C., Colombia : s.n., 5 de Agosto de 1994.

⁷⁹ Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Ministerio de Salud. Acuerdo No. 117. Bogota, D.C. : s.n., 22 de Febrero de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

-
- ⁸⁰ Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 412. Bogotá, D.C. : s.n., 25 de Febrero de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención.
- ⁸¹ Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud. Acuerdo 83 de 1997. Bogota : s.n., 23 de Diciembre de 1997.
- ⁸² Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud. Acuerdo 228 de 2002. Bogota : s.n., 2002. Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio.
- ⁸³ Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 2323 de 12 de Julio de 2006. Bogota, D.C. : s.n.
- ⁸⁴ Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Ministerio de Salud. Acuerdo 72 de 1997. Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado. Bogotá : El Ministerio, 1997.
- ⁸⁵ Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 306 de 2005. Bogotá : El Ministerio, 16 de agosto de 2005. Por el cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- ⁸⁶ Presidencia de la República, Ministerio de Salud. Decreto 1283 de 1996. por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía. Bogotá : El Ministerio, 1996.
- ⁸⁷ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Evaluación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y lineamientos para su reforma. Bogotá : El Ministerio, sf. Borrador.
- ⁸⁸ Colombia. Censo 2005. DANE.
- ⁸⁹ Colombia. Encuesta Nacional de Hogares 2008. DANE
- ⁹⁰ Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005.
- ⁹¹ Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud, ENS. Resultados Nacionales. Colombia, 2009. p. 114.
- ⁹² Ibid., p. 115.
- ⁹³ Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005. Obtenido en junio 13 de 2007 de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/14sistema/03personas.html>
- ⁹⁴ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p.114.
- ⁹⁵ Sánchez Ortiz M. Barreras en el acceso a servicios de salud de la población del área rural de Cali.[Tesis Maestría]. Cali. Centro de Documentación Escuela de Salud Pública. Universidad del Valle; 2009. p. 53, 58

-
- ⁹⁶ Ibid., p. 53, 58.
- ⁹⁷ Ibid., p. 52, 58.
- ⁹⁸ O'Meara Bautista G, Ruiz Gómez F, Amaya Lara J. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá; 2003
- ⁹⁹ Mejía-Mejía Aurelio, Sánchez-Gandur Andrés F, Tamayo-Ramírez Juan C. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2010 June 16] ; 9(1): 26-38. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lng=en. doi: 10.1590/S0124-00642007000100004.
- ¹⁰⁰ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p. 35.
- ¹⁰¹ Ibid., p.95.
- ¹⁰² Ortiz Lopez R, De la Cruz A, Ramirez I, Perez M, Lopez Chañag O. Sistema de Seguridad Social en salud en san Juan de Pasto, línea de base urbana, 2008. Universidad de Nariño. Obtenido en junio 15 de 2010 de <http://akane.udenar.edu.co/siweb/coyuntura/wp-content/uploads/2010/05/SISTEMA-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-EN-SAN-JUAN-DE-PASTO.pdf>
- ¹⁰³ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p. 198
- ¹⁰⁴ Ibid., p. 116
- ¹⁰⁵ Ibid., p 201-202.
- ¹⁰⁶ Mejia Aurelio. *Op.Cit.*, p. 31.
- ¹⁰⁷ Sánchez Oliva. *Op.Cit.*, p. 52, 58.
- ¹⁰⁸ Aday LA, Andersen R. *Op.Cit*
- ¹⁰⁹ Frenk J. *Op.Cit.*
- ¹¹⁰ OPS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington, D.C. : OPS, 2002.
- ¹¹¹ Frenk J. *Op.Cit.*
- ¹¹² Varela C, Carrasquilla G, Tono T. *Op.Cit.* p. 99
- ¹¹³ O'Meara Bautista G, Ruiz Gómez F, Amaya Lara J. *Op.Cit.*
- ¹¹⁴ Rubio-Mendoza Martha L.. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá. Rev. salud pública [revista en la Internet]. [citado 2010 Jun 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600004&lng=es.

-
- ¹¹⁵ Espinosa M. Mujer y salud en el trabajo informal callejero en Palmira, Valle del Cauca. [Tesis Maestría]. Cali. Centro de Documentación Escuela de Salud Pública. Universidad del Valle; 2009. p. 8
- ¹¹⁶ Frenk J. *Op.Cit.* p. 930.
- ¹¹⁷ O`Meara Bautista G, Ruiz Gómez F, Amaya Lara J. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá; 2003. p. 273
- ¹¹⁸ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p.114.
- ¹¹⁹ Rubio-Mendoza Martha L.. *Op.Cit.*, p. 29.
- ¹²⁰ Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. *Op.Cit*
- ¹²¹ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p. 115.
- ¹²² Ibid., *Op.Cit.*, p.114.
- ¹²³ Ibid., *Op.Cit.*, p. 35.
- ¹²⁴ Valencia- Sierra Marta L., González-Echeverri Germán, Agudelo-Vanegas Nelson A., Acevedo-Arenas Liliana, Vallejo-Zapata Isabel C.. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2007 Oct [cited 2010 June 13] ; 9(4): 529-540. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400005&lng=en.
- ¹²⁵ Andersen, R. et al. *Op.Cit.*
- ¹²⁶ Alvis-Estrada Luís, Alvis-Guzmán Nelson, de la Hoz Fernando. Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Rev. salud pública [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2010 Jun 13] ; 9(1): 11-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lng=es.
- ¹²⁷ OPS. *Op.Cit.* p. 53.